

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociologie

Diplomová práce

Andrea Mrázová

**Nové trendy v českém porodnictví a názorové odlišnosti
mezi rodičkami**

**New trends in czech obstetric and opinion differences
between pregnant women.**

Praha 2009

Vedoucí práce: PhDr. Jana Duffková, CSc.

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své diplomové práce, paní PhDr. Janě Duffkové, CSc. za její vstřícný přístup, rady a připomínky, které mi pomohly při psaní této práce.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“

V Praze dne.....

Podpis.....

Abstrakt

V práci jsou sledovány proměny porodnické praxe v průběhu staletí a hlavně posledních desetiletí. Vnímání porodu se mění, a to co bylo v minulosti považováno za normální je dnes alternativní (okrajové) a naopak. Porod zastává v medicíně ojedinělou pozici a musíme ho brát nejenom jako fyziologickou záležitost, ale také jako záležitost sociální. Na porod, jeho rizika, odborné vedení je nahlíženo sociálně konstruktivistickou optikou. Vymezení a vnímání porodu je odlišné hlavně z pohledu dvou „soupeřících koncepcí“, (lékařsky vedený porod, přirozený porod). Práce je zaměřena na vnímání a postoje těhotných žen. Jejich názory jsou analyzovány a zpracovány pomocí kvalitativní metody.

V posledních letech se stále více dostává do povědomí žen i možnost „jiného“ porodu než klasického. I když ženy častěji preferují lékařsky vedený porod, některé začínají uvažovat o jiných možnostech, alternativách. Zastávají názor, že žena by měla mít právo výběru a více nebo méně také převzít odpovědnost za toto rozhodnutí. Chtějí se více podílet na rozhodování o svém těle, porodu. Při výběru způsobu porodu jsou u rodiček preferována různá kritéria. I když porodnice v posledních letech (po roce 1989) mění svůj přístup v této oblasti vůči rodičkám, přece jen se očekávají jejich další „ústupky“.

Klíčová slova

Porod, porodnictví, sociální aspekty, gender, lékařsky vedený porod, přirozený porod, zdravotnictví v ČR, konzumerismus, komercializace porodnic.

Abstrakt

In this graduation theses are monitored changes in obstetric profession during centuries and mainly in last few decades. Perception of childbirth change and what was once normal is today alternative and vice versa. Childbirth has unique position in medicine and we have to take it not only as matter of physiology but also as matter of sociology. At Childbirth, its hazards and its workminelike finis his regard with social optics. Determination and perception of childbirth is mainly different in view of two „competing conceptions“ (medically led childbirth, natural childbirth).This graduation theses is oriented at perception and opinions of pregnant women. Theirs opinions are analyzed and processed with qualitative analysis.

In last few years, „different“ childbirth than classical is more and more in subconsciousness of women. Even when women more often choose medically led childbirth, some of them start to thing about different, alternative possibilities. Their opinion is, that woman shall have right to choose and more or less undertake responsibility over this decision. Women wanna be more involved in decisions about their bodies, childbirths. With choosing of way of childbirth, there are preferred different criterions. Even if maternity clinics in last few years (after 1989) changes their position in this spirein face of pregnant women, more compromises are expected in the future.

Key words

Childbirth, Obsterics, Social aspects, Gender, Medically led childbirth, Natural childbirth, Health care in Czech Republic, consumerism, commercialization of maternity clinics.

Obsah

1. Úvod	10
2. Terminologie	12
3. Sociologie medicíny	15
3.1. Historický vývoj sociologie medicíny.....	15
3.2. Sociologie medicíny v Americe	17
3.3. Sociologie medicíny v Evropě	19
3.4. Vymezení předmětu sociologie medicíny.....	21
4. Historie babictví a porodnictví ve starověku	24
5. Historie babictví a porodnictví ve středověku a novověku	27
5.1. Rozvoj porodnictví ve světě a vstup lidské anatomie	27
5.2. Významné porodní báby	30
5.3. Historie horizontální polohy za porodu.....	31
5.4. Historie babictví a porodnictví v Čechách.....	32
5.5. Období vlády Marie Terezie	33
5.6. Porodní báby v 19. století.....	34
6. Porod – současnost	36
6.1. Porody v České republice.	36
6.2. Porody v zahraničí.....	38
6.2.1. Porody ve Slovenské republice	38
6.2.2. Porody v Holandsku	38
6.2.3. Porody ve Velké Británii	40
6.2.4. Porody v Německu, Rakousku a Švýcarsku.	40

7.	Co je porod?	41
7.1.	Fáze porodu	42
7.2.	Medicína – klasická x alternativní	43
7.2.1.	Klasická medicína	43
7.2.2.	Alternativní medicína	46
7.2.2.1.	Porod podle Frederika Leboyera	47
7.2.2.2.	Porod do vody	49
7.2.2.3.	Michel Odent	50
7.2.2.4.	Přirozený (normální) porod	51
7.2.2.5.	Porod doma	53
7.2.2.6.	Ambulantní porod	55
7.3.	Poloha rodičky u porodu	56
7.4.	Otec a další rodinní příslušníci u porodu	58
7.5.	Porodní plán	59
7.6.	Porod jako sociální činitel, sociálně formovaný jev	60
7.7.	Porod a postavení žen ve společnosti	61
7.8.	Mediální diskuse o porodnictví a jeho proměnách	61
7.9.	Rozdíl mezi porody v západní a postkomunistické části Evropy	62
7.10.	Genderové stereotypy v oboru porodnictví	63
8.	Vědecké poznatky a postupy, jejich důležitost	65
8.1.	Vymezení vědeckého poznání	65
8.2.	Kritika moderní vědy	66

8.3.	Vytváření rizikovosti a přirozenosti porodu	66
8.4.	Důležitost versus rizikovost lékařských zásahů	68
9.	Proměny českého zdravotnictví a jeho profesí	70
9.1.	Proměny profese porodní asistentky	72
9.2.	Proměny lékařské profese	73
9.3.	Kdo je dula?	75
10.	Porodnice jako organizace.....	76
10.1.	Organizace práce v porodnici.....	76
10.2.	Vliv artefaktů	77
10.3.	Komercializace porodnic.....	78
11.	Konzumerismus mezi rodičkami a vznik nových nerovností 81	
11.1.	Konzumerismus.....	81
11.2.	Nerovnosti mezi rodičkami	82
12.	Metodologie výzkumu.....	85
13.	Výsledky kvalitativního výzkumu.....	87
13.1.	Konstrukce rizikovosti, přirozenosti porodu.	87
13.2.	Důležitost techniky a vědeckých poznatků	88
13.3.	Rizikovost lékařských zásahů	89
13.4.	Důležitost porodu pro rodičky.....	89
13.5.	Rodina, okolí jako důležitý činitel při rozhodování	90
13.6.	Další vlivy při rozhodování	91
13.7.	Lékařsky vedený porod? Přirozený porod? Alternativní porod?	92

13.7.1.	Lékařsky vedený porod	92
13.7.2.	Přirozený, nebo alternativní porod?	94
13.8.	Porodnice nebo jiná možnost místa porodu?	96
13.8.1.	Porodnice	96
13.8.2.	Komercializace, souboj porodnic?	97
13.8.3.	Porod doma	99
13.8.4.	Porodní dům	101
13.9.	Soupeřící koncepce vedení porodu	102
13.10.	Kdo má odpovědnost za porod?	103
13.11.	Koho u porodu?	104
13.11.1.	Vedení porodu, kompetence	104
13.11.2.	Doprovod u porodu	106
13.12.	Rozdíly mezi těhotnými	108
13.12.1.	Vnímání sebe samých	108
13.13.	Co si můžeme, máme vybrat a co již ne?	110
13.13.1.	Máme právo si vybrat způsob porodu?	110
13.13.2.	Můžeme si vybrat místo porodu?	111
13.13.3.	Porodní plán	111
13.14.	Co má být hrazené ze zdravotního pojištění a co již ne?	112
14.	Závěr	113
15.	Použitá literatura	116
16.	Seznam příloh	120

LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD	122
Hlava první	122
Obecná ustanovení	122
Hlava druhá	123
Lidská práva a základní svobody	123
Oddíl první	123
Základní lidská práva a svobody	123
Oddíl druhý	125
Politická práva	125
Hlava třetí.....	126
Práva národnostních a etnických menšin	126
Hlava čtvrtá	127
Hospodářská, sociální a kulturní práva	127
Hlava pátá	128
Právo na soudní a jinou právní ochranu	128
Hlava šestá	129
Ustanovení společná	129

1. Úvod

Porod je v životě ženy (a také jejího nejbližšího okolí) jedno z nejdůležitějších období v životě. Často je to vyvrcholení dlouho očekávaného a plánovaného příchodu dítěte na svět. Proto se ženy na daný okamžik připravují (více nebo méně).

V posledních letech je dané téma skloňováno stále více a nejenom mezi veřejností, ale také v odborných kruzích. Proto jsem se rozhodla na danou problematiku blíže podívat a snažila se načrtnout některé vztahy a souvislosti. Úkolem práce bylo zjistit, co ovlivňuje rodičky při jejich rozhodování, výběru typu porodu a porodnice. Jaké jsou v dnešní době jejich možnosti a jak to vnímají ženy samotné. I když by se zdálo, že je to spíše zdravotnické téma, není to úplně pravda. Porod a porodnictví má „zvláštní“ postavení v medicíně a není pouze fyziologickou záležitostí, ale také záležitostí sociální. Určitě se nesnažím o vyčerpávající výklad daného jevu (veliká rozsáhlost, různorodost, proměnlivost), spíše chci upozornit na některé probíhající souvislosti.

V první části práce se snažím obeznámit čtenáře se sociologií medicíny, která úzce souvisí s danou problematikou. Zvláště rozebírám vývoj v Evropě a v Americe.

V další části se zabývám historií porodnictví a hlavně porodních asistentek. Sice se zaměřuji více na českou historii, neopomím však ani vývoj ve světě. Zvláště poukazuji na některá důležitá témata (např. historie horizontální polohy), která nám pomohou blíže ujasnit souvislosti.

V páté části práce přibližuji problematiku porodu v současnosti. Rovněž blíže upozorňuji na odlišnosti v České republice a dalších zemích (Holandsko, Slovenská republika, Německo atd.).

Dále definuji a blíže specifikuji porod (fáze porodu, druhy porodů). Objasňuji odlišnosti mezi lékařsky vedeným porodem a alternativními/přirozenými porody (a to nejenom z hlediska způsobu porodu, ale také místa porodu). Dále rozebírám osoby přítomné u porodu a porodní plán, který je určitým přiblížením se k názorům a představám každé těhotné ženy.

V sedmé kapitole své práce se snažím přiblížit problematiku vztahu postavení žen ve společnosti a k porodu. Poukazuji na proměny českého zdravotnictví v posledních letech (desetiletích), rozdíly mezi

porody v západní a postkomunistické části Evropy, genderové stereotypy a probíhající diskuse související s porody a porodnictvím.

Nakolik je věda v dnešní společnosti důležitá? Máme spoléhat hlavně na ni, nebo jsou to většinou zbytečné poznatky, postupy dokonce někdy i škodlivé? Je porod přirozený, nebo v jeho průběhu hrozí vážné komplikace? Těmito i dalšími otázkami se zabývám v další kapitole své práce.

Konzumerismus mezi rodičkami a komercializaci porodnic blíže specifikuji v předposledních dvou kapitolách. Jaké mají ženy dnes možnosti? Mohou zasahovat více do rozhodnutí o svém porodu? Mohou si zvolit místo porodu (výběr mezi porodnicemi)? Je správné, aby měly možnost neomezeného výběru? Mění se porodnice v průběhu let, nebo trvají na svých postupech a nejsou vstřícné ke změnám?

V poslední části práce je zpracovaný kvalitativní výzkum, ve kterém jsem se snažila odpovědět na hlavní otázky, položené na začátku práce.

2. Terminologie

Sociologie medicíny – „subdisciplína sociologie, která aplikuje sociologické přístupy, teorie a metody na studium jevů spjatých se zdravím a nemocí.“ (26:1093)

Gender – „termín používaný pro skupiny vlastností a chování formované kulturou a spojené s obrazem muže a ženy.“ (26:339) Pojem gender je na rozdíl od pohlaví sociální konstrukcí a vyjadřuje rozdílná

očekávání od mužů a žen v oblasti jednání a výkonu rolí. V různých kulturách a společnostech se pojetí genderu liší, většinou je však zřejmá mužská dominance.

Společnost konzumní – „společnost, v níž se stále rostoucí konzum materiálních statků stal dominantní kulturní hodnotou a měřítkem sociálního úspěchu.“ (26:1199)

Konzumerismus – „tendence ke konzumnímu způsobu života spojená s přeceňováním významu spotřeby hmotných statků, vyúsťující až ve „spotřebu pro spotřebu“.“ (26:532)

Sociální nerovnost – „princip uspořádání společnosti, kde jednotlivci a skupiny nemají stejný podíl na hmotném bohatství a rozhodování.“ (26:684) Rozhodujícími faktory jsou zde většinou pohlaví a příslušnost k určité vrstvě. Ty určují, do jaké míry se jedinec může podílet na nedostatkových statcích. Pokud nelze nerovnost nijak ospravedlnit, pak vznikají krize a nepokoje.

Porod – „konečná fáze, resp. vyvrcholení procesu vzniku nového jedince, vyjádřené lidově jako „příchod na svět“. Z medicínského hlediska jde o specifický fyziologický proces v těle matky, který má řadu rysů nemoci a tradičně je spojen s rizikem úmrtí dítěte i matky.“ (26:805)

Porodnictví – „je jedno z nejstarších a základních lékařských odvětví, které se komplexně zabývá těhotenstvím, porodem a šestinedělím z hlediska matky.“ (4:15)

Klasická medicína - „Pojmem klasická medicína se obvykle označují takové obory, které využívají postupy a metody vyučované na lékařských fakultách. Vychází se z přírodovědné tradice.“ (46) Je to medicína založená na důkazech.

Alternativní medicína – „též alternativní a komplementární medicína nebo jen CAM (z anglického Complementary and Alternative Medicine) je široký pojem zahrnující všechny metody neklasické medicíny. Jejich společným znakem je, že metody a postupy nejsou

testovány na účinnost nebo v tomto testování selhaly, mnohdy jsou postaveny na alternativních filozofických názorech, nebo na nepochopení či desinterpretaci poznatků moderní vědy.“ (46)

Nekonvenční medicína – „Termín nekonvenční medicína (anglicky *unconventional medicine*) vyjadřuje, že dané léčebné postupy nejsou uznány jako lege artis medicínské postupy, tedy že nebyly prověřeny podle pravidel klinického výzkumu.“ (46)

Zdraví - „je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci.“ (46)

Lékařsky vedený porod – „spočívá v urychlení porodu a tlumení bolesti medikamenty a invazivními technikami. Tento způsob má zajistit bezpečnost rodičky a plodu, díky preventivním činnostem lékaře za účelem eliminace možných komplikací s minimalizací bolesti.“ (12:14)

Přirozený porod – „pod tímto názvem se skrývá způsob vedení porodu, kdy se nepodávají bolest utišující prostředky a nejsou prováděny jakékoli jiné nepotřebné zásahy (např.: dirupce vaku blan, vyvolávaný porod atd.).“ (28)

Porodní plán - „je písemný seznam požadavků a přání rodičky, která by chtěla dodržet při svém porodu. Tento dokument vyjadřuje postoje rodičky k porodu a k péči o narozené miminko.“(27)

Porodní asistentka – „společné označení sester působících v oblasti porodní asistence a související péče.“ (46) Porodní asistentka může mít specializovanou způsobilost, např.: porodní asistentka pro intenzivní péči, porodní asistentka pro peri operační péči atd.

Dula - „je zkušená porodní společnice poskytující ženě a jejímu muži či partnerovi jak citovou, tak fyzickou podporu během celého porodu a do určité míry i v poporodním období.“ (20:14)

3. Sociologie medicíny

Obor porodnictví spadá pod medicínu, proto považuji za důležité přiblížit vývoj sociologie medicíny a její teorie, které nám pomohou spojit určité souvislosti v dané problematice. Následující text bude spíše uvedením poznatků z dosud získaných pramenů (zatím není ucelená publikace na dané téma) a ne celkový obraz o vývoji sociologie medicíny. Jde pouze o zásadní mezníky, které mají význam v souvislosti s tímto tématem.

3.1. Historický vývoj sociologie medicíny

Po II. světové válce se v zahraničí začíná konstituovat sociologická disciplína – sociologie medicíny. V tomto období dochází ke zvýšenému zájmu sociologů o medicínu a to nejen ve vztahu k institucionalizaci a byrokratizaci zdravotnictví, ale i ke zkoumání lidského chování a jednání a jeho změn v nemoci a během léčení. Velice důležité pro rozvoj medicíny a péče o zdraví člověka se jeví sledování vlivů sociálních aspektů na duševní a fyzické zdraví člověka.

Sociální problematikou se před sociologií medicíny zabývala hlavně medicínská disciplína nazývaná sociální lékařství, či sociální hygiena. „Řeší především sociální příčiny nemocí a zdravotní stav obyvatelstva.“ (2:1)

Významné je dílo E. Durkheima „Le Suicide“ (1897). Autor vychází z teze, že sebevražda není individuálním, nýbrž v podstatě sociálním jednáním. Každý člověk, pokud se dostane do nepříznivé situace sociálních vlivů, se může stát sebevrahem. Sociální fenomény, jak uvádí autor, probíhají podle zákona anomie. Když jsou ve skupině v důsledku společenské krize, války nebo exploze obyvatelstva zničeny staré pořádky a představy hodnot, aniž by byly nahrazeny novými, mění se chování jednotlivců ve smyslu zvyšování počtu sebevražedného chování (anomické sebevraždy). Jednotlivec

již potom nepocituje integraci ve skupině (egoistické sebevraždy), nebo skupinové normy probíhají v rozporu s osobními zájmy (altruistické sebevraždy). Tato koncepce neovlivnila jenom lékařskou sociologii, ale také sociální patologii. (podrobněji viz 2:1)

Na Durkheimovu koncepci navázal Robert K. Merton, který v roce 1938 formuloval souvislosti mezi sociální strukturou a anomii. Anomii považuje za důsledek tlaku určité sociální struktury na sociálního jedince. Projevuje se tím, že jej nutí spíše k nekonformnímu, než konformnímu jednání.

Max Weber se jen okrajově zabýval otázkami, jež spadají do okruhu sociologie medicíny. Přesto svou prací výrazně přispěl k vývoji dané disciplíny. Základním pojmem jeho sociologie je sociální jednání individuí. Poukazuje na společenskou dimenzi individuálního života. Ve svém díle též popsal moderní byrokracii a analyzoval ji v typických sociálních způsobech jednání. To je již přímá cesta k moderní sociologii organizace a řízení nemocnic, k formám práce a interakce mezi pracovníky zdravotnictví a pacienty. Nemocnice jsou přísně organizovány, takže mohou být považovány za prototyp byrokratické organizace Maxe Webera. Svým vnitřním rozvrstvením a formální strukturou se neliší od ostatních byrokratických organizací. Taktéž se snaží dosáhnout svých cílů složitou dělbou práce, propracovanou hierarchií autority, řadou nařízení, stanov, směrnic apod.

Velice důležitá je taktéž škola symbolického interakcionismu, kterou představují George H. Mead, Charles H. Cooley, William I. Thomas a Florian Znaniecki. Mead se věnoval analýze procesu, v jehož průběhu se vytváří sociální Já (Self). Za nejdůležitější považoval interakci s druhými lidmi prostřednictvím řeči. Cooley vybudoval koncepci zrcadlového Já. Člověk si buduje své mínění o sobě především tak, že se snaží pohlížet na sebe očima jiných lidí. Názory druhých lidí jsou proto stěžejní při definici sebe

sama. Na základě těchto dvou koncepcí lékařská sociologie analyzuje prostřednictvím nemocného zkušenosti z nemoci.

Druhý přínos symbolického interakcionismu je především v poznání nezdravého způsobu života u dospělých. Nejisté sociální Já v adolescenci může vést k nezdravým formám chování ve formě kouření cigaret, alkoholismu atd.

Dále jsou důležité práce autorů W.I.Thomase a F. Znanieckeho. Podle nich chování jednotlivců podstatně závisí na sociálně kulturně definovaných situacích, ve kterých se současně uskutečňuje spojení společenských hodnot a individuálního postavení. Práce autorů vedly k novému pohledu na posuzování sociálně kulturních rozdílů symptomů nemoci a k formulování společenské definice zdraví a nemoci. (podrobněji viz 2:2-3)

3.2.Sociologie medicíny v Americe

Tyto a další práce byly důležité pro sociologii medicíny, která vznikla jako sociologická disciplína po II. světové válce v USA. Za zakladatele sociologie medicíny bývají považováni Talcott Parsons, Robert Merton, Anselm Straus, Eliot Freidson a Howard Becker.

Důležité je dílo Talcotta Parsonse – „The Social System“ (1951), kde autor definoval roli nemocného. Parsons chápe medicínu zcela jinak, než byla chápána před tím, a to jako instituci sociální kontroly. Vychází z premis, že rovnováha sociálního systému závisí na tom, jak je u jeho členů motivovaný pocit sociální povinnosti. Pokud tento pocit povinnosti souvisí s plněním jejich rolí, definuje onemocnění jako ohrožení, které oprávněně umožňuje zbavit se těchto povinností. Nemoc si proto vyžaduje oficiální společenskou regulaci. Sociálním kontrolním orgánem se stává lékař. Přijetím role nemocného (navázání kontaktu s lékařem), může člen společnosti počítat se společenským uznáním svého stavu. Současně má společnost prostřednictvím lékaře možnost kontrolovat to, co

ohrožuje stabilitu společenského systému a co by eventuálně mohlo vést k neplnění povinnosti i u dalších jedinců. Od nemocného se rovněž očekává, že se disciplinovaně podřídí terapeutickým pokynům lékaře, po všech stránkách uzná jeho autoritu plynoucí z jeho role. Chování lékaře k nemocnému je laskavé, chápající, rozhodně však direktivní. Lékař je osobou vlastníci monopol znalostí, zkušeností a schopností umožňujících definici nemoci a její terapii. Tím se jeho mocenská pozice jeví jako přirozená. Pacient jako laik o nemoci naopak nic neví, nemá na ni svůj názor. Je pasivním realizátorem lékařových terapeutických instrukcí. (podrobněji viz 19:10-11)

Eliot Freidson zavedl do medicíny teorii konfliktů a ukázal na to, že jeden z nejdůležitějších specifických sociálních vztahů v této oblasti je vztah lékař – pacient („Profession of Medicine“). „Tento vztah lze analyzovat jako konflikt, protože se zde střetávají dva sociální systémy. Pacient není pasivním vykonavatelem vůle lékaře, jeho jednání je ovlivňováno celou řadou faktorů, jako typem onemocnění, kulturními návyky atd. Proto často dochází ke konfliktům.“ (2:3) Pacient není jen disciplinovaný pasivní vykonavatel vůle lékařovy, svou úlohu hraje celkové charakteristiky jeho sociální osobnosti, jeho zkušenosti, znalosti, jeho vlastní interpretace nemoci, jejího původu a vhodnosti různých terapeutických strategií. Jeho jednání ovlivňuje situace, typ onemocnění, kulturní návyky, vlastní jemu a sociálním skupinám, jichž je členem. Medicína má tendenci tuto oblast definovat jako negativní, jako něco laikovi nepříslušícího.

Důležitá je rovněž kniha *The Student – Physician* od Roberta Mertna. Tou byl vytvořen základ pro sociologii výchovy lékařů. Vysoká škola je chápána jako sociální systém, jsou vysvětleny role jednotlivých členů, jakož i socializační metody, osvojení si postojů a hodnot pro budoucí profesní chování. Je sledována motivace volby povolání, způsob získávání lékařské kvalifikace, adaptace studentů vysokých škol, zkoumání faktorů, jež působí na růst odborné kvalifikace.

Významnými příspěvky jsou též díla těchto autorů – Howard Becker, Everett Hughes, Blanche Geer a Anselm Straus – *Boys in White: Student Culture in Medical School*. (podrobněji viz 2:3)

3.3. Sociologie medicíny v Evropě

V Evropě se sociologie medicíny rozvinula v druhé polovině padesátých let, hlavně ve Velké Británii a ve Spolkové republice Německo. Na začátku 60. let se k nim přidalo Polsko a Československo.

Z německých autorů, zabývajících se otázkami sociologie medicíny jsou významní například: Manfred Pflanz, Johann Jürgen Rohde, René König, Arnold Mitscherlich, Johannes Siegrist.

V publikaci *Sozialer Wandel und Krankheit* (M. Pflanz) se autor zabývá problémy sociologie medicíny a vypovídá o nich jako o jednotném integrovaném celku. Podle autora začínají jednotlivé systematické výzkumy v lékařské sociologii od roku 1920. Všechny počátky předtím označuje jako předfázi, ve které docházelo ke styčným bodům mezi medicínou a sociologií. V rámci této předfáze se na sklonku 19. století již objevil pojem medicínská sociologie a to u McIntire, který vypracoval její program. (podrobněji viz 2:4)

Dle Rohdeho (*Soziologie des Krankenhauses*) sociologie medicíny zkoumá široké pole lékařské praxe s jejími speciálními sektory a odbornými skupinami, odborné organizace a sdružení, rozmanitost jejich forem, nemocnic, klinik, ozdravoven, ošetřoven a vztahy k jejich nositeli a konečně skupiny lidí, na jejichž potřeby jako pacientů je činnost zdravotnických institucí zaměřena. Tento široce vymezený předmět má být zkoumán z hlediska dvou problémů: za prvé jaká je změna postoje ke zdraví a chorobě vyvolaná vlivem průmyslové kultury a jejími důsledky, a za druhé jaký vliv má racionální technika na strukturu a funkci zdravotnictví. Rohde považoval za velmi důležité „systematicky vytvářet sociologický

pohled na zdravotnictví jako na jednu z velmi důležitých složek společenské činnosti.“ (2:5)

V roce 1977 byla odsouhlasena (schválena v roce 1984) evropská varianta programu Zdraví pro všechny do roku 2000. Tento program a další změny v pojetí zdraví a péče o něj uplatňované ve Světové zdravotnické organizaci (SZO) byly velkým podnětem k dalšímu rozvoji sociologie medicíny. SZO přijala novou definici zdraví: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ (2:5) Od této doby se rozvinul v medicíně větší zájem o vědy behaviorální a sociální včetně sociologie. Například v Německu je dnes sociologie medicíny součástí výuky na řadě lékařských fakult. V USA jsou profesionální centra sociologie medicíny vytvářena i mimo university.

Ze zemí bývalého socialistického bloku dosáhla tato disciplína největšího rozvoje především v Polsku. V Československu docházelo v druhé polovině šedesátých let k dočasné renesanci sociologie, byla ustavena i sekce sociologie medicíny při Čs. sociologické společnosti. Společnost pořádala semináře k problematice medicíny, zdravotnictví a sociologie. Lékařské a zdravotnické časopisy začaly uveřejňovat články, věnované sociologii medicíny. Toto období je spojeno se jmény V. Tlustého, J. Keprta, J. Patery, O. Štěpánkové, I. Gladkého aj. Z důvodu politických změn však byla působnost sekce zastavena. Možnost trvalé existence a rozvoje sociologie medicíny vzniká až po listopadové revoluci v roce 1989. Začala proměna nejen celého zdravotnického systému, ale také další společenské změny.(19:5-7)

Jedním z důvodů proč docházelo k postupné demytologizaci medicíny, byla její neschopnost zvládnout řadu přibývajících civilizačních chorob. Dalším důvodem je změna postoje lidí k velkým sociálním organizacím. Neustálý růst informací, demokratizace přístupu k nim, spolu se selhávající úspěšností mamutích centralizovaných sociálních organizací, mezi které rozhodně patří nemocnice, zpochybňují v očích občana úspěchy

vědecké medicíny. K tomu všemu začíná člověku stále více překážet technicistický nehumanizující a biologizující přístup k nemocnému. V tomto ovzduší se začíná objevovat konkurence v podobě „alternativní služby“. Někdy je těžké rozhodnout, co je účinnější při zvládání civilizačních chorob, zda tradiční terapie, či makrobiotická a nechemizovaná strava, cvičení, meditace, jóga... (podrobněji viz 19:12-14)

3.4. Vymezení předmětu sociologie medicíny

Sociologie medicíny jako speciální sociologie představuje vývojově mladou sociologickou subdisciplínu. Setkáváme se s jejím různým pojmovým označováním, jako například sociologie zdravotnictví, sociologie zdraví a nemoci, lékařská sociologie apod.

„Sociologie medicíny je subdisciplína sociologie, která aplikuje sociologické přístupy, teorie a metody na studium jevů spjatých se zdravím a nemocí.“ (19:86)

„Cílem je poznat a porozumět tomu, jak působí sociální vlivy na zdraví, na vznik i průběh nemocí a pochopit možnosti i hranice medicínských výkonů a jejich důsledků nejen na jedince, ale také na celou společnost.“ (2:7) Zkoumá typické vzorce chování individuí a sociálních skupin v situaci nemoci, reakce jejich partnerů, stopy, které nemoc zanechává v sociální struktuře apod. Studuje dále organizaci, nabídku, realizaci a efektivnost zdravotní péče, kterou ten který sociální systém svým občanům poskytuje.

Spolupráce mezi medicínou a sociologií nebyla vždy bez problémů. Obě skupiny měly často potíže se vzájemným pochopením. Problém byl mimo jiné také v různém profesionálním jazyku – rozdílnost v pojmech, metodách a technikách. Složitost spolupráce mohla být taktéž ovlivňována různým stupněm rozvoje medicíny a sociologie (sociologie jako mladší věda).

Pokus o systematiku lékařské sociologie udělal americký sociolog Robert Straus, který v roce 1957 rozdělil lékařskou sociologii na dva okruhy:

- Sociology of medicine
- Sociology in medicine

Sociology of medicine (sociologie „o“ medicíně) se zabývá medicínou jako společenskou institucí. Zkoumá zdravotnictví jako společenskou instituci, jeho strukturu a vztah ke společenské struktuře. Je svou povahou sociologickým výzkumem, který je aplikován na medicínskou problematiku. Jsou v něm užívány a testovány sociologické teorie a hypotézy interpretující chování jednotlivců a sociálních skupin ve specifickém prostředí nemoci a institucí zdravotní péče. Jako typické jsou uváděny výzkumy analyzující například nemocnici jako reprezentativní organizační jednotku systému zdravotní péče. Pojednává se o její administrativní struktuře, o vztazích jak mezi jednotlivými profesionály navzájem, tak i k nemocným, atd. Velmi často se výzkumy soustřeďují na systém přípravy lékařů, problémy jejich socializace, na prvky medicínské subkultury, otázky zacházení s informacemi apod. (podrobněji viz 2:86)

Dále můžeme sociologii medicíny dělit dle V. Tlustého (1968) na:

- Sociologii zdravotnictví jako společenské instituce
- Sociologii zdravotnického zařízení
- Sociologii vnitřní struktury zdravotnických zařízení
- Sociologii výchovy zdravotnického personálu

Sociology in medicine (sociologie „pro“ medicínu) se zabývá sociálními podmínkami vzniku onemocnění. Otázky, které lékařská

sociologie řeší, jsou položeny medicínsky, sociologie na ně odpovídá a působí zde spíše jako pomocná věda. Realizují se výzkumy zabývající se výskytem a průběhem onemocnění, které v různém stupni ovlivňují takové sociální události, jako například smrt partnera, katastrofická sociální dráha, místo individua v sociální struktuře, jeho způsob života apod.

Sociologii pro medicínu je možné rozdělit takto:

- Sociologické problémy chorob civilizačních
- Sociologická problematika tzv. návykových onemocnění
- Sociologické otázky psychických onemocnění
- Sociologické problémy úrazů a chorob z povolání
- Další členění

Toto základní členění bylo brzo přijato a doplněno řadou badatelů. I když se názor na toto členění časem měnil a dnes se hranice mezi „of“ a „in“ v některých výzkumech smazávají, přesto je užitečné (rychlé a stručné vymezení a charakterizování problematiky). (podrobněji viz 2:9-11)

Složitost vymezení předmětu sociologie medicíny je přirozená, neboť její předmět existuje na rozhraní více vědních oborů. Daný obor nebyl uměle zkonstruován, ale vznikl přirozeně s vývojem medicíny a péče o zdraví.

4. Historie babictví a porodnictví ve starověku

„Porodnictví je jedno z nejstarších a základních lékařských odvětví, které se komplexně zabývá těhotenstvím, porodem a šestinedělím z hlediska matky. Náplní je to obor optimistický, stojící na úplném počátku života člověka.“ (4:15)

Již od paleolitického období byly na území Evropy hněteny z hlíny sošky takzvaných Venuší. Tyto drobné plastiky zvýrazňovaly části ženského těla sloužící k porodu a výživě dítěte. Takové ženy byly v dávnověku uctívány, protože lidé instinktivně vycítili, že ženy se širokými boky, tj. s prostornou pávní, dobře rodí děti. Kult plodnosti patřil vedle kultu zemřelých k nejstarším projevům duchovního života pravěkých lidí a Venuše v něm hrály roli amuletů pro šťastné průběhy porodů.

V dávném věku žena pravděpodobně rodila bez cizí pomoci. Ale vzhledem k tomu, že již u primátů existují tzv. tetičkovské neboli pečovatelské reakce, můžeme usuzovat, že v těžkých chvílích při porodu nebyla žena úplně sama. Předpokládá se tedy postupný vývoj od svépomoci přes pomoc příbuzných až po přítomnost žen s osobními porodními zkušenostmi. Postupně se tak začaly vyčleňovat ženy, které takovou činnost měly jako povolání. Porodní báby můžeme v historii lidstva vysledovat již ve starém Egyptě, později v Řecku a Římě, ale i u Aztéků, Inků a jiných starých civilizací. Tato profese se postupně stala uznávanou a nutnou. Největší význam pro úspěch porodu se ovšem dlouho přikládal různým amuletům, modlitbám a magickým úkonům. Jejich forma závisela na zvycích, náboženství a kultech jednotlivých kultur. (podrobněji viz 44:11-13)

První písemné doklady ze starověku o vývoji porodnictví byly získány objevem rozsáhlé knihovny asyrského krále ze 7.st.př.n.l. Chrámové věstkyně určovaly délku gravidity, z nich se vyvinul stav porodních pomocnic. Za porodu byli oslovováni četní bohové a bohyně zajišťující ženě plodnost a zdárný porod. Ženy neplodné žily v hanbě a

posměchu. Setkáváme se i s farmakologickým ovlivněním porodu, byly to tzv. byliny těhotných.

Egyptské záznamy na papyrech dokládají některé medicínské znalosti a postupy té doby. Nejrozsáhlejší je rukopis Ebersův (1600 př.n.l.). Tyto záznamy se týkají poruch, které se táhnou v souvislosti s porodnictvím celou lidskou historií. Vypovídají obšírně o různých jevech, jako je diagnostika těhotenství, nemocí v graviditě, trvání gestace, urychlování porodu, výskyt mnohočetného těhotenství, vrozených vad atd. Důležité bylo, že empirické poznatky se začaly sepisovat, předávat potomkům, přes existující kněžské lékařské školy. Toto sepětí porodnictví s náboženskými představami a magickými úkony bylo velice těsné. Ačkoliv byla medicína doménou mužů, lékařů, porodnictví a primitivní gynekologie zůstaly v rukou málo vzdělaných žen. (podrobněji viz 6:13-14)

Existence babictví je doložena i u Hebrejců. Řadu postřehů přináší Starý zákon a Talmud, kde nalezneme i vyjádření, že život matky má větší cenu než život plodu. Také v dnešní době, pokud nastane situace, ve které se lékaři musí rozhodnout, upřednostňuje se rovněž život matky. (Přání matky je sice rozhodující, v akutním případě je však její život „důležitější“). U židů nacházíme první zmínky o aktivní pomoci manžela u porodu. V Číně se o rodičku staraly výhradně ženy odborně vzdělané. Pěstovaný stud před mužem nedovolil v Číně ženě svléknout se před lékařem. Oblíbená tehdy byla rovněž medikace při porodu, prováděly se porodnické operace, Číňané znali i císařský řez. U národů Střední a Jižní Ameriky (Aztéků, Mayů, Inků) bylo postavení žen na tuto dobu výjimečné. Ženy u těchto národů byly téměř rovnocenné s muži, zejména těhotné ženy byly velmi vážené. Zemřela-li žena u porodu, byly jí prokázány pocty jako padlému bojovníkovi. Měli dobré znalosti anatomické a fyziologické. (podrobněji viz 44:13-15)

Starověký odkaz porodnického umění se týká především starověkého antického Řecka. „Položili racionální základy ženského lékařství.

Použili převzaté znalosti, zbavili medicínu magie a stanovili vědecký základ.“ (44:13)

Hippokrates (460-370 př.n.l.), je pokládán za otce lékařství. Mimo jiné byl také porodníkem a gynekologem. Znal například příčiny potratů. Důvod porodu viděl v hladovění plodu. U porodu poskytovaly pomoc porodní báby, které v nouzi volaly muže (např. při jiné poloze, než hlavičkou dolů). Vychází se z představy, že podobně jako svět je i lidské tělo složeno ze čtyř vzájemně neproměnných živlů: země, vzduch, voda, oheň. Vlastnosti těchto živlů – teplo, chlad, vlhkost a suchost – jsou dány poměrem, v jakém jsou živly smíchány. V této medicíně rozhodují čtyři somatické (tělesné) kapaliny a jejich vzájemné namíchání (temperament): krev, hlen, světlá žluč a černá žluč. U člověka zdravého jsou namíchány ve správných poměrech. Porucha rovnováhy mezi šťávami a harmonií s vnějškem vede k onemocnění. (podrobněji viz 6:16-17)

Nejlepší starověkou dochovanou prací o gynekologii a porodnictví je monografie určená porodním babám *Peri gynaikeion* (O věcech ženských), jejímž autorem je Soranus z Efesu (98 - 138 n. l.). Mimo jiné (medicínské poznatky) také popsal co by měla pomocnice u porodu splňovat (např. musí mít dobrou paměť, být pracovitá, mravná, má mít silnou konstrukci, musí být vzdělaná teoreticky i prakticky, nesmí být pověřivá...). Tyto požadavky byly předávány až do 19. století a některé platí ještě dnes.

S antikou je spojován porod císařským řezem, *Sectio caesarea* (caesones – vyříznutí, secare – řezati). Řezy se v této době prováděly jen na mrtvých. Zákon často zakazoval, aby byla pohřbena žena, která zemřela jako těhotná předtím, než jí bude plod vyříznut, kdo by činil opak, zdá se, že by zničil naději živého tvora spolu s těhotnou (Řím 715 – 672 př.n.l.). (podrobněji viz 6:16-23;37:16)

5. Historie babictví a porodnictví ve středověku a novověku

5.1. Rozvoj porodnictví ve světě a vstup lidské anatomie

„Pád Říše římské byl doprovázen obrovskými změnami, doba lidského života byla krátká, vyskytovaly se nejrůznější katastrofy válečné, hlad a epidemie, což dávalo vznikat nejrůznějším náboženským směrům, z nichž křesťanství ovládlo Evropu.“ (44:17) Křesťanství zavrhovalo tělesnost, pomíjivost tohoto světa a zdůrazňovalo duchovní hodnoty. Církev byla v této době hlavní představitelkou gramotnosti. Vznikaly univerzity, které vedle systematické výuky teologie a práva umožňovaly i studium medicíny. Středověká medicína upouštěla od pozorování pacientů. Křesťanství zarazilo dosavadní vývoj antické vědy a tyto poznatky postupně upadaly v zapomnění, řada spisů byla zničena. Jeden z kladů, které křesťanství přineslo v rozvoji medicíny, bylo zakládání klášterů, špitálů, ústavů pro bezmocné a sirotky. Častokrát tady byly i zahrádky, kde se pěstovali léčivé byliny. (podrobněji viz 6:23-25)

V Evropě bylo tradiční rozdělení mezi lékaře a ranhojiče. Léčení se věnovali kněží, nechťeli ale provádět operace, pro jejich neslušnost (církev se odvrací od krve). Proto operace ponechávali v rukách ranhojičů (nevzdělaných). Ženské tělo bylo pojímáno jako tělo slabší a náchylnější k chorobám než tělo mužské. Pochody v ženském těle byly považovány za nečisté. To mohlo být důvodem, proč se porodnictvím a gynekologií dlouho oficiálně lékařská věda nezabývala. Veškerá péče o těhotné, rodičky, nedělky i novorozence zůstávala i nadále téměř výhradně v rukou porodních bab. Mezi nimi byly jak nevzdělané, tak i školsky vyučené pomocnice. První známá vzdělaná porodní bába Trottula (kolem roku 1059), pochází z Itálie. Na Lékařské fakultě Univerzity v Salernu bylo povoleno studovat i ženám. Trottula byla manželka Joanna Platearia, profesora vysoké školy, údajně dokonce lékařka, která se zabývala výhradně

porodnickou praxí. Jediné její zachovalé dílo má název O utrpení ženy před, během a po porodu. (podrobněji viz 44:17-18)

Ze začátku sepsovali knihy lékaři, kteří většinou porod nikdy neviděli, vesměs s vyčtenými teoretickými znalostmi, bez zkušenosti, teprve později je sepisují i chirurgové znalí praxe. Eucharius Roesslin byl apatykář ve Freiburgu. Sepsal první tištěnou učebnici pro porodní báby (Růžová zahrada těhotných žen a porodních bab). Kniha vyšla roku 1513 a stala se velmi oblíbenou a rozšířenou po celé Evropě (podrobněji viz 44:18-20) Jan Amos Komenský (1592 – 1670) sepisuje Informatorium školy mateřské, kde jsou prověřené rady týkající se zejména životosprávy za těhotenství.

Problém v té době nebyl v tom, že se porodnictvím zabývaly ženy, ale v tom, že toto povolání často vykonávaly ženy zcela negramotné, nevzdělané, plné religiozity, pověr, predsudků a suverenity. Úroveň porodnictví byla v té době (podle odborné literatury) velmi nízká.

V sousedním Německu se již v 15. století objevují Hebammenordnungen (pořádky o porodní pomoci). E. Labouvie sepsal analýzu sociální situace bab a jejich každodenního života. (například jejich věk se pohyboval okolo 30 – 35 let, měly být zdravé, zručné, přívětivé, mlčenlivé, pokud možno měly umět psát a neměly pít atd.) V Rakousku je první doložená zkouška porodní báby již z 15. století. Důraz se kladl na křesťanský, bezúhonný život, mlčenlivost, soucit, píli, trpělivost. Na venkově takové poměry trvaly ještě v 19. století.

V té době byly konflikty mezi různými konfesemi. Katolická církev podporovala provádění císařských řezů, hlavním důvodem byla možnost pokřtění dítěte. Existovaly antirituály proti čarodějnictví, byly to církevní amulety, svěcené svíčky, svěcená sůl, svěcená voda. U protestantů figurují v ochranných prostředcích úryvky z Bible. Porodní báby měly vyhrazená čestná místa v kostele, vystupovaly u soudů. Vedle babické činnosti existovaly později

takzvané Engelmacherinen (andělíčkářky), které se zabývaly potratářstvím. (podrobněji viz 6: 31-33)

Již v té době existovala určitá ochrana těhotných v občanském a zejména v trestném právu. „Těhotné ženy odsouzené k hrdelním trestům mívaly (většinou) výkon odložen až do porodu.“ (6:33)

Roku 1195 byl založen jeden z nejstarších francouzských špitálů Hotel Dieu. Zde vzniklo první porodnické oddělení (1620) a o 10 let později bylo zahájeno vyučování porodních asistentek. Tady bylo prováděno školení porodních asistentek, které trvalo 3 měsíce. Rodily zde ženy z pařížské chudiny. Porodní báby byly teoreticky školené, dostávalo se jim základních anatomických znalostí.

Vývoj porodnictví v období, kdy ho vykonávaly výhradně nevzdělané ženy, ustrnul. Ranhojičství oddělené od obecné medicíny, mělo různou úroveň. Kompetenční spory které probíhaly ještě v 18. století, rozebralo několik autorů (např. E.

Rozsivalová). Chirurgové k porodům přicházeli až v nejkritičtějších chvílích, volání porodními bábami. Jejich činnost se omezovala na výkony směřující k ukončení porodu. Tyto drastické operace byly tehdy jedinou možností, jak při komplikacích zachránit rodiče život.

Rozhodující pro další posun porodnických znalostí bylo zavedení dlouho zakazovaných pitev. Dalších 100 let však trvalo, než se tyto poznatky přesunuly do porodnictví. Lidská anatomie a pitvy byly pro publikum po dlouhá léta kuriozitou. Pozornost budily nejen u církve, filozofů i výtvarných umělců (např. Leonardo da Vinci), ale především měly praktické využití pro obory chirurgické.

První odborná pitva u nás byla prováděna v roce 1600 a 1605 profesorem Jesseniem z Jesenu (1566 – 1621). Ovzduší v Čechách nebylo příznivé pro rozvoj přírodních věd, společnost se vyčerpávala v náboženských sporech katolické církve a protestantů. Navíc byla sužována třicetiletou válkou. Kdo v té době zvládl

lidskou anatomii, automaticky se zařazoval jako lékař či chirurg mezi elitu. (podrobněji viz 6:35-43)

5.2. Významné porodní báby

Pomoc při porodu byla dlouho vyhrazena porodním bábám, jejichž znalosti a možnosti byly omezené. Přítomnost lékaře u porodu byla považována jednak nedůstojnou lékařského stavu a jednak panoval představek, že muž nemůže být přítomen u porodu. Vzdělávání porodních bab dlouhou dobu záleželo pouze na jejich vůli. Učily se asistováním u svých starších a zkušenějších kolegyň. Postupně se začaly sepsávat knihy pro porodní báby, počítalo se však s jejich gramotností. To byl velký problém, protože v té době mohli studovat většinou jen bohatší lidé a ještě navíc muži. Až renesanční doba začala připouštět i výuku žen a to na nejnižších školách. To byl zásadní důvod, proč byly porodní báby dlouho nevzdělané a zatížené pověrami a předsudky. Postupně byl činěn nátlak, aby právo mít učnici měly jen ženy aprobované. (podrobněji viz 44:21-22)

Louise Bourgeois Boursier (1563 – 1636), učila se od svého muže (chirurg, ranhojič) a ze spisů Parého. Byla pověstná pro svou opatrnost a velké znalosti. Pracovala mezi chudinou na předměstí St. Germain. Sloužila 27 let jako porodní bába francouzského dvora a královské rodiny. Porodila všechny děti Marie Medicejské. Vydala první učebnici pro porodní báby vydanou. Zdůrazňovala povinnosti porodní báby nejen při porodu, ale také v poskytování péče o novorozence a v šestinedělí.

Další významnou porodní bábou byla **Margeuritte du Tetre**, která vedla v 70. letech 17 století, jak jsem již psala výše, porodnické oddělení ve špitále hotel Dieu a byla vrchní porodní asistentkou. (podrobněji viz 44:23-24)

Justine Ditrichin Siegemundin byla nejslavnější porodní bábou v Německu. Podobně jako Louise pracovala nejdříve mezi chudými (rolníky) a postupně se vypracovala na dvorní porodní bábu Pruska. Vydala knížku, která byla napsána německy, a také jinou formou než bylo v té době zvykem. Kniha je psána formou rozhovoru dvou porodních bab. (podrobněji viz 44:24-25)

Porodní báby byly důležitou součástí života ženy. I když postupně začínaly přebírat jejich roli lékaři, stále zastávaly nenahraditelné místo. V průběhu staletí si zvyšovaly vzdělání a i dnes „bojují“ s lékaři o svoje výsadní postavení.

5.3. Historie horizontální polohy za porodu

V současnosti probíhá diskuse kolem horizontální polohy porodu stále více a více. Rozebírají se její klady, zápory, důvody zavedení, používání a případného minimalizování, nebo dokonce zrušení. Někdy je důvodem volby alternativního porodu ze strany rodičky. Proto považuji za důležité přiblížení historie a důvody zavedení této polohy.

Horizontální polohy rodičky při porodu se v západní společnosti užívá asi 200 let. Předtím byly rozšířeny polohy vzpřímené. I horizontální polohy však doznaly v posledních 100 letech změn (poloha na boku, zvednuté záda). Proč došlo ale k této výrazné změně? Proč byla poloha vertikální nahrazena horizontální? Nejspíše se na tom podepsal konflikt mezi porodními bábami a chirurgy (lepší operativní přístup) a také vlivem francouzské porodnické praxe.

Většina lidských kultur používá nebo dříve používala při porodu polohu v kleče, ve dřepu, vsedě nebo ve stoje. Nejstarší záznam vertikální polohy pochází z Egypta (Kleopatra). Porodní židle pochází z babylonské kultury (2000 let př.n.l.). (podrobněji viz 44:27)

Jacques Guillemeau hájil horizontální porodní polohu z důvodu většího pohodlí pro ženu, zlehčení porodu a také kvůli porodnickým operacím (postupně zaváděným). Lůžko začali lékaři používat nejenom u patologických, ale i u fyziologických porodů. Ještě větší vliv na zavedení polohy vleže se připisuje Mauriceauovi, i když dával přednost spíše poloze v polosedě. Ve své knize tuto polohu doporučuje jako pohodlnější jak pro rodící ženu, tak pro porodníka. Také ovlivnil vnímání těhotenství a porodu jako nemoci. Tvrdí, že těhotenství je „nádor břicha“ zapříčiněný dítětem. Tím definoval všechny porody jako nutně patologické a abnormální, což neponechalo pro porodní báby (mohou se věnovat jen porodům fyziologickým) žádný prostor. Změna polohy pak byla přirozeným důsledkem této koncepce.

Někteří autoři dále uvádí, že vliv na porod vleže měla také porodnická analgezie, která znemožňovala rodičce aktivní účast při porodu, což vyžadovalo, aby rodička ležela na posteli. Porodnická anestezie se však začala používat o přibližně 200 let později. (podrobněji viz 44:27-28)

5.4. Historie babictví a porodnictví v Čechách

Zprávy o první porodní bábě jsou v závěti krále Václava II. První zprávy o stavu českých porodních pomocnic jsou z roku 1200. Porodní báby si počínaly samostatně, jen někdy volaly felčary nebo chirurgy. Do konce 16. Století vyšlo v Čechách 8 spisů pro porodní báby, ale byly spíše primitivní. K reformám došlo až za vlády Marie Terezie po vzoru Holandska.

Ženským nemocem, těhotenství a porodu se věnovaly většinou porodní báby, které si v případě potřeby volaly nejdřív muže, výjimečně lékaře. Porodní báby měly k dispozici kromě rutiny a letité praxe jen a pouze řadu pověrečných praktik, a to přesto, že 16. a 17. století přineslo řadu knih. Byly ovšem většinou psány v němčině. První přeložená kniha byla v Evropě oblíbená – Růžová

zahrada těhotných žen a bab pupkořezných. Stále se ale naráželo na problém gramotnosti. I přesto byly uznávány za své služby (dlouholetá praxe) a ty nejlepší pracovaly pro významného šlechtice, nebo je zaměstnalo větší město, které pak mělo svou „městskou porodní bábu“. Pro porodní báby byla lepší situace ve městech, měly tady větší možnost výdělků, lepší zázemí a odborné konzultace s lékaři. To vedlo k centralizaci zdravotnické péče do měst. (podrobněji viz 44:30-32)

V polovině 16. století začala města vstupovat do smluv s lékaři-fyziky. Ti měli konat dozor nad prací ranhojičů i porodních bab. V této době již byly patrně vydány řády pro porodní báby (např. nařízení vydané v Litoměřicích, které ukládalo pitvat ženu, která zemřela při porodu dítěte s příčnou polohou).

První institucí u nás, která se vedle své další činnosti začala také starat o těhotné ženy, a jejich děti byl na počátku 17. století „Vlašský špitál“ na Menším Městě pražském, který svoji léčebnou a sociální funkci plnil téměř dvě stě let. Pak byl otevřen ústav, který pečoval nejen o opuštěné děti, ale také o svobodné matky. Tak byl položen první oficiální základ porodnice a nalezince. (podrobněji viz 4:15) Vraťme se ale ještě trochu zpět, abychom se obeznámili se situací v období Marie Terezie.

5.5. Období vlády Marie Terezie

Její čtyřicetiletá vláda přinesla mnoho změn. Pro nás jsou mimo jiné důležité tereziánské reformy ve zdravotnictví (např. státem organizované zdravotnictví atd.). (podrobněji viz 44:33-34)

Za počátek reformy veřejného zdravotnictví v Čechách je považován Generální zdravotní řád pro Království české (vešel v platnost 24. 7. 1753). Předsedovi komise bylo podřízeno veškeré zdravotnictví v zemi. Dále byla stanovena práva pražských a krajských fyziků, ranhojičů, lékárníků a porodních bab, jejich vztah

k lékařské fakultě i činnosti při vzniku epidemií a jiných mimořádných událostech.

Pro činnost státní zdravotní správy potřeboval stát schopné, kvalifikované lékaře a další zdravotníky. Byly proto provedeny rozsáhlé reformy lékařského studia, stanoveny přesně studijní předpisy a povinnosti profesorů. Podle vzoru Leidenské školy se zdůrazňovala úloha přírodních věd, teoretických lékařských oborů a klinická výuka u lůžka nemocného. Od roku 1759 zajišťoval výuku pro porodní báby zvláštní učitel (doktor medicíny a magistr porodnictví) a pro báby byly vydávány české a německé učebnice porodnictví. V roce 1770 byl vydán zdravotní řád platný pro celou habsburskou monarchii (platil 100 let) a přesně vymezil povinnosti všech zdravotnických pracovníků. (podrobněji viz 44:34-39)

V Olomouci bylo zřízeno lyceum s dvouletým medicínsko-chirurgickým učením. Tato škola vychovávala ranhojiče a také školila porodní báby. Kurzy pro porodní báby probíhaly dvakrát ročně a od uchazeček se vyžadoval křestní list, domovský list, vysvědčení o mravech od obce nebo farního úřadu a samozřejmě musely umět číst a psát. Od roku 1825 bylo povinné zapsat do matrik jméno porodní báby u každého nově narozeného dítěte. Zápisy sloužili ke kontrole nediplomovaných bab, které pak byly pokutovány a trestány žalářem. V porodnici rodily pouze chudé ženy, nebo ženy, které chtěly porodit tajně. Porod doma byl stále považován za lepší důstojnější a porod v nemocnici spíše pro chudší rodičky. (podrobněji viz 44:40-45)

5.6. Porodní báby v 19. století

Postupně se porody začaly přesouvat do nemocnic a péče o rodičky byla stále lepší a lepší. Na tomto zlepšení se také podílelo několik významných porodníků (např. František Jan Mošner, Vojtěch Vyšín, Antonín Jan Jungmann, Karel Pavlík atd.), kteří se zasloužili o vzdělávání porodních asistentek, publikaci několika knih,

zaváděním nových postupů práce a zakládáním nových nemocnic (hlavně po první světové válce). (podrobněji viz 44:51-63)

Sociální postavení porodních bab v této době nebylo dobré. I když se mzda lišila (na venkově byl roční průměrný příjem 121,48 korun, ve městě 216,35 korun) v průměru vydělávaly 40 haléřů za den. Tato částka sloužila nejenom k obživě, ale též k nákupu dezinfekčních prostředků. Musely pracovat, dokud byly schopné, protože neexistovalo zajištění ve stáří a v nemoci. Z tohoto důvodu začaly vznikat podpůrné spolky a další organizace. V roce 1903 vzniklo v Brně Sdružení porodních babiček v Rakousku a v roce 1911 vznikla v Praze Zemská jednota porodních babiček. Zemská jednota začala v roce 1913 vydávat časopis (Věstník věnovaný zájmům porodních babiček). V období první světové války se organizace snažila zmírnit bídu matek a dětí. Po vzniku ČSR se spolky sloučily pod názvem Ústřední jednota porodních asistentek (ÚJPA) a vydávaly časopis Věstník. (podrobněji viz 44:78-88)

6. Porod – současnost

Jak jsme již zmínili na předchozích stranách (historie porodnictví) to co bylo v historii považováno za standardní, je dnes bráno jako alternativní, přirozený porod. Porody se postupně přesunuly do nemocnic a jakákoliv změna (porod doma, porod v porodním domě) vzbuzuje minimálně bouřlivou diskusi. Pokud se blíže podíváme na místo porodu v České republice, nebo jinde v zahraničí, uvidíme určité rozdíly.

6.1. Porody v České republice.

Většina porodů je u nás prováděna v porodnicích (viz příloha č.1). Kolik porodů probíhá mimo zdravotnické zařízení, je těžké zjistit. Je to hlavně z důvodu, že ne všechny ženy, které porodí mimo zdravotnické zařízení, pak konkrétní porodnici navštíví po porodu. Statistiky porodnic tak nejsou úplné. A druhým důvodem je, že porodnice nerozlišují u porodu mimo zdravotnické zařízení, zda byl takový porod plánovaný, nebo neplánovaný (překotný porod). Porod doma sice není zakázaný, ale ani oficiálně povolený, to může být jeden z hlavních důvodů, proč se dané statistiky a počty neshromažďují. Máme tedy v dnešní době možnost vybrat si porod jen v porodnicích, nebo si můžeme zvolit porod doma, případně jinou možnost?

Základní listinu, kterou musíme zmínit je Listina základních práv a svobod, oddíl první, článek 6, ten stanovuje, že „Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.“ (29) (viz příloha č.2) To znamená, že je povinností lékaře odstranit všechna možná rizika, která by mohla ohrozit život plodu, nebo novorozence, zkomplikovat porod, nebo provádět porod za podmínek, které jsou v rozporu s postupy lege artis. Lege artis je v současnosti vykládán jako preventivní, diagnostický nebo terapeutický postup, který odpovídá nejvyššímu dosaženému

vědeckému poznání. (podrobněji viz 46) To znamená, že postup non lege artis je pro zdravotníky zakázaný. Právní předpisy porod mimo porodnici sice nezakazují, ale ani nepovolují. Pro zdravotnický personál (porodní asistentky) je asistence u takového porodu v rozporu.

Podmínky a rozsah poskytování zdravotnické péče v nestátních zdravotnických zařízeních stanovuje zákon č. 160/1992 Sb. V platném znění. V §4 je stanoveno, že nestátní zdravotnické zařízení musí být pro druh a rozsah jím poskytované zdravotní péče personálně, věcně a technicky vybavené a musí splňovat podmínky kladené na jeho provoz. V §5 se také uvádí, že nestátní zdravotnické zařízení je povinné poskytovat starostlivost jen toho druhu a v takovém rozsahu, v jakém je poskytování zdravotnické starostlivosti stanoveno v rozhodnutí o registraci. Prakticky to znamená, že by v registraci zdravotnického zařízení muselo být konkrétně uvedeno, že porody doma budou prováděny doma. Zatím však žádná registrace na tuto činnost nebyla v České republice okresním úřadem vystavena.

Dalším důležitým zákonem, který bychom měli vzít v potaz, je zákon č 48/1997 Sb., odstavec 1, §18 (Zákon o veřejném zdravotním pojištění). Je stanoveno, že „Zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních, nebo je-li to nezbytné s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, na jiném místě, kde je nutno péči poskytnout, zdravotničtí pracovníci, popřípadě další odborní pracovníci ve zdravotnictví, a to v rozsahu své odborné způsobilosti.“ (podrobněji viz 33) Je tedy možné poskytovat zdravotní péči i mimo ordinaci lékaře a lůžkového oddělení nemocnice. Sporné však zůstává, zda je možné plánovaný fyziologický porod vedený doma, nebo v porodním domě zdůvodňovat zdravotním stavem.

Je předpokladem, že v případě porodu mimo porodnici bude nutné, aby souhlas s tímto postupem dala matka písemně, tedy aby byl rodičkou podepsaný pozitivní revers, ve kterém musí být uvedeny i

možné komplikace. Podpisu reversu musí předcházet podrobné, vyčerpávající poučení.

Většina porodů probíhá v porodnicích. O těch, které probíhají v domácím prostředí, se mezi rodičkami buď vůbec nemluví, nebo mluví „ztišeným“ hlasem. V dnešní době se však čím dál tím více otevírá otázka, jestli má žena právo na výběr jiné možnosti než jen porodu v nemocnici.

6.2. Porody v zahraničí

6.2.1. Porody ve Slovenské republice

Co se týká porodní péče v Slovenské republice, je v mnohém stejná jako v České republice. Jak jsme již popsali výše, platí tady stejné zákony a legislativa. Je to určitě dáno nedávnou společnou historií.

Rozdíl je v tom, že na Slovensku zatím neprobíhají plánované porody doma. Pokud žena porodí mimo porodnici, jedná se o ženu, která nestihla přijít do porodnice včas (většinou multipara, překotný porod).

V České republice se více rozebírá možnost porodů doma a bojuje za alternativní možnosti, než na Slovensku.

6.2.2. Porody v Holandsku

Holandsko má v porodnickém světě výjimečné postavení. Porody doma tam mají svoji tradici, zdravotnická péče také zohledňuje nutnost „šetřit“ finanční prostředky.

Studium porodních asistentek je v Holandsku v současné době čtyřleté a škola by se dala označit jako vyšší zdravotnická škola. Porodní asistentky, které pracují v privátní sféře, nejsou nikdy v zaměstnaneckém poměru. Pracují jako nezávislé porodní asistentky. V zaměstnanecké sféře pracují jen porodní asistentky v sekundární péči.

Pro úspěšný a bezpečný porod je podle nich důležité, aby se rodící žena dokázala úplně uvolnit. To většinou dokáže nejlépe doma, kde je svým pánem. Potom v průběhu 1. doby porodní se žena rozhodne, jestli chce родit doma, nebo chce odejít do porodnice. Holanďanky vnímají bolest u porodu trochu jinak, než Češky. Vědí, že bolest je s normálním porodem spojená a do jisté míry nutná. Bezbolestný porod je pro ně trochu „nenormální“.

V posledních letech se porodní asistentky sdružují do skupin po dvou až čtyřech a o pracovní povinnosti se dělí. K pracovním povinnostem nepatří jen odvedení porodu, ale i péče o těhotné ženy (vedení těhotenské poradny) a kontroly v šestinedělí. Většina porodních asistentek se stará aspoň o 150 žen a platba je hrazená pojišťovnami.

Porodnická péče v Holandsku se dělí na:

- Primární péči. Nerizikové těhotenství a porod (o těhotnou se stará porodní asistentka, nebo praktický lékař)
- Sekundární péči. Rizikové těhotenství a porod (stará se porodník), těhotenství s mírným nebo přechodným rizikem.

Za výběr rizikových pacientek a jejich převedení do sekundární péče zodpovídají poskytovatelé primární péče (porodní asistentka, praktický lékař).

Základním místem pro porod v Holandsku je:

- Domácí prostředí (v rámci primární péče)
- Nemocnice (jen alternativně. Pokud není indikace, žena porod v porodnici hradí), a vždy v rámci sekundární péče. (podrobněji viz 37)

Těhotenství a porod v Holandsku je vnímáno jako normální událost v životě ženy. Porod doma má přednost před porodem v nemocnici – považují za důležité vyhnout se tím zásahům do porodního procesu, které nejsou nevyhnutně nutné.

6.2.3. Porody ve Velké Británii

V některých zemích se může zdravá žena rozhodnout pro porod mimo zdravotnické zařízení za předpokladu, že těhotenství probíhá bez komplikací.

Ve Velké Británii je však situace trochu komplikovanější. Aby lékaři uvažovali o porodu mimo nemocnici, musí zjistit porodnickou anamnézu jednoho „normálního“ dítěte, které se narodilo bez komplikací. Porod mimo porodnici tedy může proběhnout pouze v případě, že žena rodí opakovaně, ne poprvé.

6.2.4. Porody v Německu, Rakousku a Švýcarsku.

V Německu, Rakousku a Švýcarsku si rodičky mohou vybrat, zda chtějí porodit v porodnici, v porodním domě, nebo méně často doma. Těhotné si rovněž mohou vybrat porodní asistentku, která se o ně bude po celou dobu starat. (podrobněji viz 36)

V daných zemích však mají rodičky na výběr porodní domy, kde mohou přivést své dítě na svět. Jedno takové zařízení je v Achen v Rakousku. Porodní asistentky se tady starají o těhotné ženy, které se rozhodly родit v tomto centru. Porodní asistentky vedou těhotenskou poradnu, odvádí porody a pečují o šestinedělky. V případě rizika, nebo možné patologie se obracejí na lékaře. Porod v porodnickém centru je vedený bez medikace a bez epiziotomie (nástřih hráze). Jejich cílem je, aby matka a dítě byli po porodu fit, aby prožili naplno a aktivně spolu s otcem první chvíle společného života.

Daný model porodů by se velice líbil i ženám u nás. Mít možnost výběru porodu nejenom v porodnici, ale také v porodním domě, který považují za kompromis mezi porodem doma a porodnicí (více ve výzkumné části), nebo také doma. Ve většině zemí Evropy již menší, nebo větší možnost výběru existuje.

7. Co je porod?

„Porod je konečná fáze, respektive vyvrcholení procesu vzniku nového jedince, vyjádřené lidově jako „příchod na svět“. Z medicínského hlediska jde o specifický fyziologický proces v těle matky, který má řadu rysů nemoci a tradičně je spojen i s rizikem úmrtí dítěte i matky.“ (24:42)

Porod je důležitější hlavně u žen, které rodí po prvé. V některých společnostech je schopnost žen porodit více dětí brána za velice důležitou. Neplodná žena se častokrát považovala za druhořadou. Z rodinného cyklu je přechod k rodičovství velice důležitým obdobím. Sociální status ženy je historicky těsně svázán s mateřským statem. I v dnešní době tento pohled stále v určité míře platí. Na celoživotně bezdětnou ženu se hledí s nevyslovenou otázkou: Nechce, anebo nemůže mít děti? Anebo chce a mohla by, ale nikdo nechce mít dítě s ní? (podrobněji viz 24:42).

V minulosti byl a dodnes je u přírodních národů ritualizován porod podobným způsobem jako nemoc a váže se k němu někdy i „tabu krve“. Porodu předchází období těhotenství a následuje období šestinedělí. V sekularizované civilizované společnosti se pozornost přenesla na samotný porod, který je chápán především ve fyziologické rovině, stal se předmětem lékařské a sociální péče, byl zbaven atmosféry intimity, vyjmut z kompetence rodiny. Jednou z diskutovaných otázek 20. a 21. století je problém, zda je porod věcí přirozenou, nebo zda je nemocí. (podrobněji viz 24:43)

Než začneme více rozebírat klasickou medicínu (porody) a alternativní, v krátkosti definujeme fáze porodu. V dalším textu se dané pojmy uvádějí, a proto považujeme za důležité jejich přiblížení.

7.1.Fáze porodu

Porod probíhá 3 fázemi, které jsou nazvány doby porodní, pak následuje doba poporodní, která se někdy nazývá čtvrtá doba.

První doba porodní – otevírací fáze

„První doba porodní začíná pravidelnými kontrakcemi dělohy a končí úplným rozevřením (zaniknutím) branky.“ (3:195) První doba porodní je fáze porodu, při níž dochází za pomoci děložních stahů k otevírání a zkracování děložního hrdla až do úplného zániku a vytvoření souvislého porodního kanálu. Je započata hormonem oxytocinem. Doba mezi stahy se postupně zkracuje a délka stahů prodlužuje, přesné časové parametry jsou však u každé ženy jiné. První doba porodní trvá zhruba 10-12 hodin u prvorodičky a 6–8 hodin u vícerozičky.(podrobněji viz 3:195)

Druhá doba porodní – vypuzovací fáze

Druhá doba porodní je dobou vypuzování dítěte z dělohy. Žena cítí děložní stahy a silné nucení na tlačení. Je tedy zřejmé, že druhá fáze porodu představuje největší zatížení jak pro matku, tak i pro dítě. (podrobněji viz 34:196) Je-li dítě v poloze záhlavím, dochází nejdříve k porodu hlavičky, poté ramínek a zbytku tělíčka, je-li dítě v poloze koncem pánevním, vychází nejdříve zadeček a nožičky. Délka druhé doby porodní závisí na více faktorech. Schopnosti rodičky vypudit dítě, velikosti plodu, pravidelnosti a intenzitě stahů atd. (podrobněji viz 3:195-196)

Třetí doba porodní – porod placenty

Úlohou při třetí době porodní je odloučení placenty od stěny dělohy a spolu s pupečníkem a plodovými obaly její vyloučení ven. Tento proces umožňují poporodní stahy dělohy, které začínají těsně po porodu dítěte. (podrobněji viz 3:196)

Čtvrtá doba porodní – doba poporodní

Čtvrtá doba poporodní začíná porodem placenty a končí zhruba za 2 hodiny. Po tuto dobu leží rodička na porodním sále, ošetřuje se porodní poranění, sleduje eventuální krvácení a rodička se zotavuje po porodu. Je-li rodička i novorozenec v dobrém stavu, zůstávají spolu. (podrobněji viz 1)

7.2. Medicína – klasická x alternativní

„Lékařství nebo medicína (z lat. *ars medicina*, umění léčit) je věda o zdraví, stavech a chorobných procesech člověka, o způsobech léčení a předcházení nemocem. Úkolem tohoto vědního oboru je chránit a zlepšovat zdraví lidí. Úzce navazuje na biologii. Opírá se o poznatky biologie, chemie, fyziky a stále více se prosazuje také informatika.“ (46)

7.2.1. Klasická medicína

„Pojmem klasická medicína se obvykle označují takové obory, které využívají postupy a metody vyučované na lékařských fakultách. Vychází se z přírodovědné tradice. Poznání v medicíně se částečně opírá o pozitivizmus, nicméně hlavním vlivem je racionální skepticizmus. Hlavním kritériem pro zařazení nové metodiky do praxe je prokázání účinnosti souborem postupů založených především na moderní induktivní logice, tedy na využití statistiky. Soubor těchto postupů se označuje jako Evidence Based Medicine (medicína založená na důkazech).“ (46) Někdy také nazývána jako konvenční, hlavní, vědecká medicína.

„Konvenční medicínou se rozumí vědecky podložené postupy školské západní medicínské nauky a praxe.“ (23:15)

Klasická medicína se dělí na mnoho teoretických a praktických disciplín. Např. chirurgie, zubní lékařství, patologie, imunologie, pediatrie, onkologie, gynekologie a porodnictví atd.

Klasický porod (lékařsky vedený porod) = „akt porození dítěte, kdy se rodička podřizuje potřebám zdravotnického personálu, který ji preventivně léčí, a to většinou bez ohledu na její aktuální zdravotní stav.“ (46)

7.2.1.1. Lékařsky vedený porod

Lékařsky vedený porod se na území ČR začal používat po 1. světové válce, a to jako termín, ale i jako praxe. Ta spočívala v urychlení porodu a tlumení bolesti medikamenty a invazními technikami. Tento způsob má zajistit bezpečnost rodičky a plodu, díky preventivním činnostem lékaře za účelem eliminace možných komplikací s minimalizací bolesti. Daný způsob vedení porodu byl umožněn rozvojem porodnické analgezie pro tlumení porodních bolestí a objevem sterilizace, aseptických zákroků a účinku oxytocinu pro urychlení porodu. Nebylo ho však možno uskutečňovat v domácnostech, nebo v malých porodnických centrech. Rodičky se začaly více soustřeďovat do nemocnic. (podrobněji viz 12:14-15)

Důležitým argumentem pro umístění porodů do nemocnic byla ochrana rodiček i novorozenců před hygienicky závadným prostředím. Dále šlo o zajištění bezpečnosti rodičky i dítěte díky koncentraci specialistů. Nejdůležitějším však byly statistické ukazatele prudkého snížení mateřské i perinatální úmrtnosti po přesunu rodiček do porodnic. (podrobněji viz 12:15)

Aktivní lékařský porod se uchytil nejenom v ČR, ale také ve většině jiných států euro-americké civilizace a spočíval v aplikaci analgetik a předporodní předoperační přípravě, upoutáním rodičky do polohy vleže na porodním stole, izolaci od jiných lidí než zdravotnického personálu, zachováním sterility, aplikaci oxytocinu, eventuálně provedení episiotomie na konci druhé doby porodní a používáním fetálního monitoringu (někdy kontinuální). (podrobněji viz 12:15)

„Začíná to okamžikem, kdy se žena s podezřením na graviditu dostaví k lékaři. Od okamžiku, kdy je gravidita lékařovým úředním stvrzením ověřena, stane se žena objektem dispenzarizace (soustavné zdravotní péče).“ (18:51) Takhle popisuje J. Kapr a B. Koukola začátek těhotenství. Žena je pak evidována, stává se určitou položkou v seznamu a chodí na pravidelné lékařské prohlídky. Také je objektem zdravotní výchovy (životospráva, hygienické návyky, poučení jak se starat o dítě apod.) Postupně se zavadí různá ultrazvuková, genetická a jiná vyšetření, začala se formulovat „riziková“, patologická a fyziologická těhotenství.

J. Kapr a B. Koukola charakterizují lékařsky vedený porod a jeho děj následovně: „Při vlastním porodu se pozornost opět soustřeďuje na fyziologickou stránku procesů, které se týkají výlučně ženy. Děj porodu je koncipován a organizován jako gynekologická operace. Odehrává se zpravidla na operačním sále za přítomnosti specialistů, pod reflektory koncentrovanými na operační pole. Rodička je dezinfikována, slyší komentáře sester a lékařů v odborném jazyce, kterému nerozumí. Mnohdy se užívá medikace, někdy částečné narkózy, nastříhuje se a potom zažívá perineum, vše ve sterilním prostředí operačního sálu, bez možnosti do průběhu zasáhnout, nebo dokonce vyslovit se pro alternativní řešení. Po narození dítěte je přestřižen pupečník a novorozenec je urychleně převáděn na okysličování krve dýcháním. Donedávna byl matce zpravidla jen ukázán a odvezen na novorozenecké oddělení. V tomto schématu je z mnoha důvodů pochopitelně přísně vyloučena přítomnost příbuzných i jakékoliv laické osoby. Na začátku první doby porodní je žena zpravidla odvezena do porodnice a zachází se s ní jako s pacientem. Je administrativně přijata, prohlédnuta, je jí přiděleno lůžko, nemocniční oděv a především končí její kontakt s manželem a rodinou.“ (18:51-52)

Je nutné konstatovat, že průběh porodů probíhá v čase změnami a dnes se již mnoho ze zmíněných rutinních záležitostí v porodnici neprovádí. Také záleží na konkrétní porodnici, protože v každé z nich jsou určité nuance.

Lékařské vedení porodu (někdy také nazývané klasické) budeme pro potřeby této práce chápat jako vedení porodu (v konkrétní poloze) lékařem, nebo porodní asistentkou v porodnici, kteří postupují podle postupů lege artis a eventuální použití porodnické analgezie. Jakékoliv jiné odlišnosti v daném postupu, místě porodu, nebo délky hospitalizace budeme považovat za alternativní druh porodu.

7.2.2. Alternativní medicína

Alternativa, nebo alternativní jsou výrazy, které se od 90. let minulého století u nás často objevují a to nejenom v pojednáních o životním způsobu/stylu, ale také v jiných oblastech. A to jak v publicistické, tak i v odborné (sociologické) úrovni. Souvislost se nejčastěji ukazuje s životním prostředím (ekologický-alternativní-životní styl) a se zdravím (zdravý životní styl, vazba na alternativní medicínu). Definování zdravého životního stylu není jednoduché. Pokud se budeme držet definice WHO „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci.“ (45), pravidla normy a doporučení se budou týkat tří okruhů. První jsou zásady týkající se biologického organismu člověka, které se spojují nejčastěji se zdravým životním stylem. Druhý okruh zásad se vztahuje na psychické zdraví člověka (často kritizováno v nemocnicích) a třetí okruh zásad se vztahuje k pravidlům týkajícím se sociálního života člověka. (podrobněji viz 7:118-119)

Realita zdravotnické praxe v různých zemích je dnes velice heterogenní a samotný pojem alternativní medicíny má v různých zemích odlišný obsah. Většina péče, běžně označované jako alternativní, je poskytována jako doplněk léčby vědecké a jsou to také lékaři, kteří absolvují kurzy akupunktury, homeopatie, tradiční čínské medicíny apod. Někdy se daná medicína nazývá taky nekonvenční, opírající se tradici. (podrobněji viz 23:15)

Hlavní dělícím znakem mezi školskou a nekonvenční medicínou je skutečnost přírodovědecky akceptovatelného teoretického vysvětlení

mechanismu účinku a jeho spolehlivé experimentální ověření. V současné době převládá konsensus, že je účelné rozlišovat mezi vědeckou medicínou (založenou na důkazu) a nekonvenční medicínou, opírající se o tradici. Někteří lékaři však namítají a říkají, že neúčinné (někdy také neprověřené) postupy nemají právo se nazývat medicínou a jsou jenom alternativou k medicíně, kterou lidé hledají, když narážejí na limity moderní medicíny. (podrobněji viz 23:15)

Alternativní porod = „akt porození dítěte, kdy se zdravotnický personál řídí přáním rodičky a jejím aktuálním zdravotním stavem.“ (34)

V dalších podkapitolách se budeme víc zabírat nejznámějšími a také nejpoužívanějšími alternativními porody. Je to důležité z důvodu lepšího pochopení a rozlišování možných variant porodu.

7.2.2.1. Porod podle Frederika Leboyera

Francouzský porodník Frederick Leboyer ve své publikaci z roku 1974 „Porod bez násilí“ kritizuje dosavadní způsob porodnické péče, který je podle něho plný stresujících vlivů na ženu i na plod a novorozence. Cizí a neklidné prostředí porodního sálu, pohled na zdravotnickou techniku, neosobní přístup zdravotnického personálu, hluk, ostré osvětlení vyvolávají neklid rodičky. Novorozenec je podle Leboyera stresován zejména držením za dolní končetiny a polohou hlavou dolů, změnou prostředí, přerušením pupečníku a světlem, dále chladem i dalšími vnucenými polohami. Údajně proto pláče a má vystrašený výraz. F. Leboyer navrhl a ve svém ústavu taky zavedl postup snižující stresové vlivy na rodičku a novorozence.

Metodika porodu podle Leboyera je rozdělena na porodnickou a neonatologickou část.

Část porodnická:

Psychologická příprava matky – citový vztah k dítěti, vysvětlení přístupu k dítěti, masáž zádiček (jemnými peristaltickými vlnami shora dolů, ruce se střídají, jedna plynule navazuje na druhou);

Ticho – s matkou hovořit co nejméně, všechny pokyny a uklidňování pronášet velmi tlumeným hlasem, klidně, jemně, po porodu dítěte ani slovo, v nutnosti nezvučný šepot;

Trpělivost – pomalé, něžné pohyby, psychická i fyzická relaxace porodníka, dostatek času, žádná intervence, jen sledování ozev;

Pozornost a naprosté soustředění – porod zcela absorbuje pozornost okolí, zapomíná se na čas, ztotožnění s dítětem, okolí má vnímat každý detail;

Technika – prsty do axil, nesahat na hlavičku, dítě ihned položit matce na břicho do polohy v klubíčku, na bříško nebo na bok, nechat dotepat pupečník do konce (to trvá 7 i více minut, je nutné sledovat jeho pulsaci), po sejmutí dítěte omýt matce břicho a ruce.

Část pediatrická:

Pečlivé pozorování začátku dýchání, dítě se nestimuluje, neodsává se odcházející plicní tekutina, sleduje se barva a chování dítěte;

neudělá-li to matka sama, vedou se její ruce k masáži zádiček, na nic se nespěchá, zásadně se nemluví!

jakmile dítě začne uvolňovat ručky a nožky, pomáháme mu: položíme dítě na bok – jednu ruku vysoko na záda, druhou pod zadeček, obracíme velmi něžně, pomalu, se stálou oporou zad dítěte;

po dotepání pupečníku porodník oddělí dítě a porodní asistentka uloží dítě do vaničky s teplou vodou (38–39 °C), dítě pokládá do vody podle reakce nadvakrát či natřikrát a nechává je ve vodě do

úplného uvolnění. Otec nebo porodní asistentka dítě ve vodě podpírá;

porodní asistentka dítě zvedne z vody opět nadvakrát či natřikrát (podle projevené nelibosti) a položí je do nahřáté osušky, na boku, ve flexi;

dítě se položí na bok na vyhřátý stůl, stále se podepírají záda, končetiny musí mít možnost pohybu; ošetříme pupečník a osušíme dítě; teplo, šero!

dítě se položí matce na břicho, hlavičkou k levému prsu, aby slyšelo její ozvy. Ponechá se volná aktivita matce i dítěti, mlčí se, jen se pozoruje, eventuálně se jemně pomáhá při pokusech o přisátí;

dítě se uloží do teplé pleny, zváží se na boku, velmi jemně se zabalí do teplých plen (i hlavička) a uloží se na postýlku k matce. Délka dítěte se neměří, nekredeizuje se (desinfekce očních spojivek novorozenců jako prevence očních zánětů), dítě se jen označí;

po odvezení matky ze sálu se současně s ní překládá na pokoj šestinedělí i dítě (rooming) – očistná koupel, kredeizace. Délku dítěte a obvod hlavy měříme až při propuštění. (podrobněji viz 31)

Na této metodě bývá kritizován pozdější podvaz pupečníku.

7.2.2.2. Porod do vody

Porodem do vody myslíme takový způsob vedení porodu, kdy vypuzovací fáze 2. doby porodní probíhá pod úrovní hladiny. (podrobněji viz 1)

Úkolem porodní asistentky je zachytit miminko u dna vany a beze spěchu během několika sekund ho vynést na hladinu do náruče maminky. Pupeční šňůra stále zásobuje dítě kyslíkem. Jakmile se dostane hlavička na vzduch, děťátko se poprvé nadechne a začne křičet.

Do vody může родit rodička, která má fyziologicky probíhající těhotenství s jedním plodem v děloze v poloze podélné hlavičkou a jedná se již o ukončený 37. týden těhotenství.

Porod do vody je kontraindikován, pokud nastane jakákoli patologie v průběhu první nebo druhé doby porodní, když odtéká zkalená plodová voda, když se zavede a aplikuje epidurální analgezie, dále při infekci rodičky (např. hepatitis, HIV, atd.), nebo pokud je očekáván porod miminka s váhovým odhadem kolem 4 kg.

Největším přínosem porodu do vody je tišení porodních bolestí. I když jsou reakce žen na vodu individuální, vesměs jsou pozitivní. Blahodárně také působí, když rodička tráví první dobu porodu ve sprše. Ve vaně se daný dojem ještě umocní a žena pocítí úlevu od bolesti. Teplá vody podporuje uvolnění po fyzické i psychické stránce.

I daná možnost porodu je diskutována a má nejen svoje příznivce, ale také odpůrce. Za zápor je považován porod v „ne příliš čisté vodě“ (odchod očístků) a ozývají se také hlasy, že novorozenec průchodem porodních cest má stlačený hrudník, tím pádem může dojít k nadechnutí již pod vodní hladinou (pasivní nadechnutí). Další kritikou je nemožnost chránění hráze a tím pádem zabránění jejímu natržení.

7.2.2.3. Michel Odent

Michel Odent byl inspirován zkušenostmi z vojenské služby v Africe, kde měl možnost pozorovat snahu afrických žen родit ve stoje, nebo v sedě a také byl inspirován prací F. Leboyera. Na rozdíl od něj se více zaměřuje na rodící ženu, přisuzuje jí aktivnější roli. Odent kritizoval moderní lékařské metody, jako je ultrazvukové vyšetření, trvalý CTG monitoring nebo epidurální analgezie.

Jeho hlavními zásadami při vedení jsou:

- navázání kontaktu personálu a ženy již během těhotenství, seznámení ženy s prostředím,
- intimní, klidné prostředí při porodu, soukromí, teplo, ticho, přítomnost,
- porod s minimálními zásahy do porodního děje, bez stimulace,
- podpora instinktivního chování rodičky, svoboda matky dělat hluk a rodit v jakékoliv poloze, podpora důvěry ženy ve spontánní děje, ponoření se do děje, sklonění do sebe,
- vyzdvihuje úlohu empatické porodní asistentky, která má rozhodující vliv na spontánní průběh porodu, předávání hodnotných informací, používá intuici, inspiraci,
- relaxace v teplé lázni, porody do vody
- účast otce u porodu není jednoznačná (popisuje i typy mužů, kteří působí na porod rušivě). (podrobněji viz 35:51)

7.2.2.4. Přirozený (normální) porod

Koncepce „přirozeného porodu“ je radikálním vyústěním kritiky modelu lékařsky vedeného porodu. Tento termín zpopularizoval M. Odent svou knihou „Přirozený porod“.

Pod názvem „přirozený“ porod nebo „natural childbirth“ se skrývá způsob vedení porodu, kdy se nepodávají bolest utišující prostředky a nejsou prováděny jakékoli jiné nepotřebné zásahy (např.: dirupce vaku blan, vyvolávaný porod atd.). Smyslem je snaha minimalizovat ovlivnění dítěte. Tento směr byl logickým vyústěním situace na konci první poloviny 20. století, kdy vznikal u porodníků pocit, že porodní bolesti lze zvládnout použitím potentních analgetik (morfin, pethidin). A tak již v roce 1942 organizovaly ženy demonstraci za „přirozený porod“. Jednalo se o výzvu k zohlednění psychologických

a fyzických potřeb těhotné ženy během porodu a její aktivní účasti na tomto nejvýše fyziologickém procesu. (podrobněji viz 28)

Zastánci přirozených porodů se opírají hlavně o doporučení světové zdravotnické organizace WHO, která definuje normální porod takto:

„Normální porod definujeme jako: spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství.“ (40:4)

Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu. Cílem péče je zajistit dobré zdraví matky a dítěte s minimální možnou mírou intervence, která je indikovaná pro bezpečí matky a dítěte. Tento přístup nutně vede k závěru, že při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod. (podrobněji viz 28)

Diskutovanou otázkou však stále zůstává, které intervence jsou a nejsou opodstatněné a jestli doporučení WHO platí celosvětově (přece jen jsou rozdíly a ne jenom v zdravotnické péči mezi krajinami třetího světa a zbytkem světa). V tom se liší zastánci jednotlivých směrů.

Mezi velice diskutované „rutinní“ praktiky patří klystýr, holení, zavedení kanyly, poloha u porodu, aplikace léků atd.

Přesto se všichni shodnou, že by žena měla mít co nejvíce přesných a jasných informací, které podávají objektivní, realistický pohled na problematiku porodu, porodních bolestí a narození dítěte. Je třeba připustit velkou variabilitu možností, které mohou během porodu nastat. Každá žena by měla být připravena na možné eventuality, které ji mohou během porodu potkat, aby nebyla překvapena např. intenzitou kontrakcí.

7.2.2.5. Porod doma

„Porod, který neprobíhá v porodnici za přítomnosti lékařů, ale v domácím prostředí, zpravidla za přítomnosti porodní asistentky.“
(34)

Výhody porodu doma

Je několik zřetelných výhod, když dítě žena rodí doma, například pocit bezpečí pramenící z vědomí, že je v důvěrně známém prostředí a má úplné soukromí, které si vyžaduje. Její partner může při porodu sehrát integrující úlohu a mohou být při tom i další sourozenci. Žena má u porodu rozhodující slovo. Doma se také nemusí obávat předsudků a toho, co je a co není normální. Během porodu bude u ní stále stejná porodní asistentka a nikdo ji po porodu neoddělí od dítěte ani od partnera. Vyhne se také riziku nákazy od zdravotnického personálu a dalších rodiček. Narození dítěte je soukromou záležitostí. Rodička má vlastní kontrolu nad celým děním. (podrobněji viz 43:23-24)

Nevýhody porodu doma

Lékaři jsou jen výjimečně nakloněni porodu doma, a to hlavně z důvodu bezpečnosti matky i dítěte. Komplikace, které mohou při porodu doma nastat, není možné při porodu 100% ani diagnostikovat, ani ošetřit. Přitom některé komplikace nejde vyloučit ani při fyziologicky probíhajícím těhotenství. Jedním z největších nebezpečí pro matku je masivní krvácení po porodu placenty. Také nelze přehlížet rychlost, s jakou je někdy třeba zakročit při oživování novorozence.

Jako komplikaci tedy můžeme vidět určitou možnost přesunu rodičky v průběhu porodu do porodnice. Dále rodiče mají na starosti některé povinnosti, o které by se postarala porodnice, rodiče se po porodu musí hned postarat o vlastní stravování a domácnost. Nevýhodou je také to, že pojišťovna porody doma nehradí. (podrobněji viz 43:24)

Zastánci porodu doma uvádějí, že žena je zbavena strachu a úzkosti ze zdravotnické techniky, že okolí, na které je zvyklá, ji uklidňuje a dává jí pocit jistoty. V její blízkosti jsou pouze lidé, které zná a porod neprobíhá rutinně jako v porodnici. Odpůrci však tvrdí, že touha zůstat doma během porodu není rozumná a možnost porodních komplikací i při bezproblémově probíhajícím těhotenství je příliš vysoká, než aby mohla být podceněna. (podrobněji viz 34)

Holandsko je země, která je často uváděna ve spojitosti s možností родit doma. Jak jsem již uvedla výše, porody doma tam probíhají ve větší míře než jinde v Evropě. Zastánci porodů doma danou zemi vyzdvihují a ukazují na výhody dané možnosti. Odpůrci zase říkají, že ani lékaři v Holandsku nejsou spokojeni s komplikacemi a úmrtím dětí i matek v domácnosti a nesouhlasí, aby jejich země byla využívána jako příklad návratu k domácímu porodnictví.

Jak informuje UNIPA (Česká asociace porodních asistentek), porody doma probíhají po celé České republice. Některé ženy rodí doma samy, jiné zase pouze s pomocí doly. Většina porodů doma je však vedena porodními asistentkami. V následující tabulce můžeme vidět, jak jejich počet postupně roste. Dané údaje však nemůžeme brát jako kompletní. Jsou pouze orientační, protože zde nejsou uvedeny všechny porody probíhající v domácím prostředí.

Tab. 1 Vývoj počtu porodů doma v letech 2000 – 2008

Rok	UNIPA	ukončených doma		ukončených ve zdr. zařízení	UZIS: hmotnost >2500g
		plánovaný	neplánovaný		
2000	1	1		1	168
2001	7	4		3	181
2002	10	10		1	196
2003	12	12		2	152
2004	29	25	4	2	148
2005	77	75	2	6	171
2006	120	116	4	23	231
2007	175	170	5	20	312
2008	263	259	4	38	

Pramen: UNIPA, Zpráva-Dotazník UNIPA o porodech mimo zdravotnická zařízení.

Dostupné z www:

http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=23&Itemid=60, upraveno: Andrea Mrázová

Ještě bychom rádi na závěr kapitoly připomněli, že porody doma musíme rozlišovat také na základě toho, jestli si ho žena zvolila dobrovolně a plánovaně (plánovaný porod doma), nebo se jednalo o neplánovaný porod doma (překotný), nebo jinde mimo porodnici.

7.2.2.6. Ambulantní porod

„Ambulantní porod znamená, že žena odchází s dítětem několik (2-24) hodin po porodu, který se odehrává v porodnici, domů.“ (34)

Je to jakýsi mezistupeň mezi klasickým porodem v porodnici a domácím porodem. Podmínkou pro toto brzké opuštění zdravotnického zařízení je bezproblémový fyziologický porod a nekomplikovaný zdravotní stav matky a novorozence.

Výhody ambulantního porodu.

Výhodami ambulantního porodu je rychlejší začlenění dítěte do rodiny a také, že šestinedělí probíhá ve známém domácím prostředí (s tím souvisí i další výhody, které jsem popsala u porodu doma). Je tady nižší riziko nozokomiální nákazy a matka s dítětem se dříve přizpůsobí svému režimu.

Nevýhody ambulantního porodu.

Nevýhodou ambulantního porodu je, že na matku jsou kladeny větší fyzické nároky (starost o novorozence, domácnost a případně i starší děti) než v porodnici, kde může v případě potřeby dítě svěřit sestrám z novorozeneckého oddělení. Také ne všichni pediatři jsou ochotni převzít dítě do své péče po ambulantním porodu. Je to důležité hlavně z důvodu nutných vyšetření a screeningů, které jinak probíhají v porodnici při delší hospitalizaci.

V některých zemích je daná možnost porodu možná, protože je tomu systém lépe nastaven a je zajištěna poporodní péče v domácnosti jak o matku, tak o dítě. U nás se k dané možnosti většina porodníků a pediatrů staví odmítavě. Odvolávají se na metodický pokyn MZ ČR, který doporučuje, aby novorozenci zůstali pod dohledem lékařů alespoň prvních 72 hodin. (podrobněji viz 34)

7.3. Poloha rodičky u porodu

V současnosti probíhá diskuse kolem horizontální polohy porodu stále více a více. Rozebírají se její klady, zápory, důvody zavedení, používání a případného minimalizování, nebo dokonce zrušení. Někdy je důvodem volby alternativního porodu ze strany rodičky. Proto považuji za důležité přiblížení historie a důvody zavedení této polohy.

Horizontální polohy rodičky při porodu se v západní společnosti užívá asi 200 let. Předtím byly rozšířeny polohy vzpřímené.

I horizontální polohy však doznaly v posledních 100 letech změn (poloha na boku, zvednuté záda). Proč došlo ale k této výrazné změně? Proč byla poloha vertikální nahrazena horizontální? Nejspíše se na tom podepsal konflikt mezi porodními bábami a chirurgy (lepší operativní přístup) a také vliv francouzské porodnické praxe.

Pokud se podíváme trošku do minulosti, nebo na porody žen primitivních kmenů v Africe, na Nové Guinei a v Austrálii, zjistíme, že zde ženy rodí v poloze „na bobku“, vkleče nebo vpolosedě, přidržovány pod pažemi pomocnicemi, někde dokonce zavěšeny pažemi na tyčích mezi stromy. Také vyobrazení na indických, čínských a japonských malbách ukazují ženy rodící vsedě nebo vkleče. I obrazy evropských malířů ze středověku znázorňují rodící ženu vsedě nebo vpolosedě.

Lékař Jacques Guillemeau začal hájit horizontální porodní polohu z důvodu většího pohodlí pro ženu, zlehčení porodu a také kvůli porodnickým operacím (postupně zaváděným). Lůžko začali lékaři používat ne jenom u patologických, ale i u fyziologických porodů. Ještě větší vliv na zavedení polohy vleže se připisuje Mauriceauovi, i když dával přednost spíše poloze v polosedě. Ve své knize tuto polohu doporučuje jako pohodlnější jak pro rodící ženu, tak pro porodníka. Také ovlivnil vnímání těhotenství a porodu jako nemoci. Tvrdí, že těhotenství je „nádor břicha“ zapříčiněný dítětem. Tím definoval všechny porody jako nutně patologické a abnormální, což neponechalo pro porodní báby (mohou se věnovat jen porodům fyziologickým) žádný prostor. Změna polohy pak byla přirozeným důsledkem této koncepce.

Někteří autoři dále uvádí, že vliv na porod vleže měla také porodnická analgezie, která znemožňovala rodičce aktivní účast při porodu, což vyžadovalo, aby rodička ležela na posteli. Porodnická anestezie se však začala používat o přibližně 200 let později. (podrobněji viz 44:27-28)

Výběr polohy je dnes také hodně diskutovaný. Odpůrci různých alternativních poloh u porodu říkají, že snaha po alternativních polohách často nebere v úvahu riziko rozsáhlých poranění pochvy a hráze, ani následné poruchy kontinence moče a stolice. (podrobněji viz 34)

Příznivci zase zastávají názor, že žena by měla mít možnost vybrat si v závěru polohu, která ji vyhovuje a ve které se nejlépe tlačí u porodu. Odmítají, že by to mohlo vést k větším porodním poraněním hráze než při „klasické poloze“.

7.4. Otec a další rodinní příslušníci u porodu

Jako velice důležitá se ukázala přítomnost příbuzných u porodu, hlavně otce, v tak kritické životní situaci. J. Kapr a B. Koukola tvrdí, že „Tím byla zahájena celá moderní etapa psychologických intervencí při porodu, kterou dovršil vstup otce na porodní sál.“ (18:53)

Za první doloženou se považuje účast otce při porodu v malé porodnici v Texasu v roce 1945. Systematické pokusy jsou datovány mezi lety 1949 – 1957 v Seatlu v USA (neuvažujeme-li i dávnou minulost, či účast vynucenou okolnostmi). (podrobněji viz 18:53) U nás ještě před 20 lety nebylo myslitelné, aby byl otec přítomný u porodu, a v některých porodnicích to platí i dnes. Ve většině nemocnic je však daná možnost již ne jenom povolena, ale také vítána. Jak dále vyplynulo z našeho výzkumu, rodičky velmi oceňují tuto možnost a každá si plánuje vzít někoho do porodnice. Nejčastěji je to právě partner (manžel) a v případě, že z jakýchkoli důvodů nemůže, nebo „nechce“ být přítomen, přicházejí v úvahu další rodinní příslušníci.

Od partnera se hlavně očekává jeho psychická podpora. Nezanedbatelná se jeví i jeho úloha prostředníka mezi rodičkou a zdravotnickým personálem. Dnes již není problémem sehnat

potřebnou literaturu pro tatínky o jejich asistenci u porodu (například od Penny Simkinové: Partner u porodu.) Častokrát doprovází partner i rodičku na předporodní kurzy, kde se také dovídá o svém „místě a povinnostech“ u porodu.

Porod a narození dítěte je v „životě rodiny vrcholnou událostí.“ (18:51) Podobně ji vnímají oba partneři, širší rodiny, příbuzní i sociální okolí. Všichni se na danou událost chystají, společně ji prožívají a oslavují. Je to vrcholní události nejenom ženy, ale také otce dítěte. Rodina již není pouze dvoučlenná, ale rodinou v pravém slova smyslu (kompletní). Vztah dvou lidí se výrazně změní. Prioritou (hlavně pro ženu) se stává péče o dítě a tomu podřizuje veškerý svůj čas.

Jako kritický pohled můžeme vzít názor Ivana Illiche. Kritizuje moderní vývoj, protože podle něho připravuje lidi o schopnost samostatného jednání. Modernizace vede v Illichově pojetí k tomu, že lidé ztrácejí své tradiční dovednosti, jejich zdraví se tak stává závislým na lékařích (jejich definicích). Různé situace se převádí na medicínský problém a tím jakoby pouze technologický problém. Pokud bychom tuto kritiku přijali za svou a porod bychom brali jako fyziologickou záležitost, je přítomnost otce a dalších rodinných příslušníků u porodu pouze přirozené vyústění. Měli bychom ženu považovat za zdravou a porod mimo porodnici za „přirozený“. (podrobněji viz 9:400)

7.5. Porodní plán

Jako určitou alternativu můžeme považovat i porodní plán. Předtím žena mohla vyjádřit svůj názor, námítky, nebo postřehy týkající se svého porodu pouze ústním podáním.

„Porodní plán je písemný seznam požadavků a přání rodičky, které by chtěla dodržet při svém porodu. Tento dokument vyjadřuje postoje rodičky k porodu a k péči o narozené miminko.“ (27)

Porodní plán usnadňuje komunikaci mezi rodičkou a personálem porodnice. Lékař a porodní asistentka se z porodního plánu seznamují s úmysly ženy a jejího partnera. Tvorba porodního plánu pomůže utřídit jejich představy, postoje a přání.

Některé porodnice, porodní asistentky uvádí, jak by měl porodní plán vypadat a co všechno by měl obsahovat. Samozřejmě se liší nejenom struktura porodního plánu, ale také doba jeho odevzdání (některé porodnice žádají spíše několik týdnů dopředu, některým stačí až v době porodu).

Porodní plán by měl obsahovat například: kdo bude přítomen u porodu, jestli by žena chtěla porod s porodní asistentkou, nebo lékařem, přeje-li si klystýr a holení hráze, způsob anestezie v případě porodu císařským řezem, v jaké poloze si přeje родit atd. (podrobněji viz 27)

Většina těhotných již o porodním plánu slyšela, ne všechny však plánují si ho sepsat. Pro některé je to důležitá součást porodu, pro jiné zase skoro zbytečná záležitost z důvodu nepředvídatelnosti porodu. Jeho přínosem je rozhodně utřídění očekávání rodičky a jejího partnera a pro zdravotnický personál zase bližší seznámení se s jejich představami.

7.6. Porod jako sociální činitel, sociálně formovaný jev

Porod je významnou událostí životního i rodinného cyklu. Je třeba na něj nahlížet nejenom jako na fyziologickou záležitost, ale také z hlediska jeho sociálního rámce. V české sociologii je porod a mateřství často zkoumáno z hlediska jeho důsledků na život matky i celé rodiny, jelikož porod je vnímán jako významný mezník v životním i rodinném cyklu.

Jsou analyzovány především kariérové a statkové změny v životě žen i rozdělení sociálních rolí v rodině. Z hlediska socio-demografického je dále sledován propad v počtu narozených

děti nebo význam prvního těhotenství a narození dítěte pro uzavření manželství. V oblasti sociální antropologie je porod chápán jako součást rituálů přechodu a kulturní proměnná, jež nabývá v závislosti na socio-kulturním rámci různých podob.

Sociální vědci tedy tematizují porod v širším sociálním kontextu a poukazují, že je důležitým sociálním činitelem, ovlivňujícím intrapersonálně, interpersonálně i společensky významná fakta. Jak bylo již uvedeno výše, status ženy je zvýšen porozením dítěte (splnění své role), je lépe vnímána společností nežli žena bezdětná. Také ženy samotné považují za svoji „povinnost“ mít děti a s rostoucím věkem se objevuje stále intenzivněji (věk 30 let a více).(podrobněji viz 12:12-13)

7.7.Porod a postavení žen ve společnosti

Porod je velice důležitou událostí v životě ženy i celé její rodiny. Je to velice významná a emocionální záležitost. Je často předmětem soukromých, ale i veřejných vyprávění a předávání zkušeností a zážitků mezi ženami. Samotné ženy říkají, že je to téma, které je vzájemně spojuje.

Porodnictví se stále více objevuje také v mediálních diskusích. Tímto se daná problematika přesouvá z ryze soukromé záležitosti, také do veřejné sféry.

7.8.Mediální diskuse o porodnictví a jeho proměnách

Porod se stal součástí veřejné mediální diskuse především po roce 1989. Veřejný dialog, který se v současné době vede okolo změn v českém porodnictví, přitom nelze chápat pouze jako úzce vymezenou odborně lékařskou polemiku. Je to také prezentace potřeb a zájmů ženské populace i jejich sociální ochrany.

Bezprostředně po roce 1989 byla pozornost médií obrácená k jiným společensko-politicko-ekonomickým aspektům života žen, které byly považovány za důležitější. Byly to například témata týkající se postavení žen v české společnosti, míry jejich spoluúčasti na veřejném rozhodování o celospolečensky důležitých záležitostech. (podrobněji viz 12:7)

V českých médiích se téma porodnictví začalo více prosazovat v druhé polovině 90 let a v současné době je stále více a více probíráno. Významným činitelem v tomto směru je soudobý kontext kritiky biomedicíny a medikalizace moderního života vůbec. Česká republika patří k zemím s nejnižšími ukazateli mateřské i perinatální úmrtnosti. Část odborné, ale hlavně laické veřejnosti nicméně stále častěji vystupuje s požadavky na humanizaci porodnictví, přehodnocení rutinních porodnických praktik a poukazuje na ne příliš dobrý přístup zdravotnického personálu k rodičkám. Některé rodičky vnímají danou situaci jako „zbavení svéprávnosti“ při vstupu do porodnice. Tyto požadavky začínají být postupně kladeny nejenom v oblasti porodnictví, ale také v rámci celého českého zdravotnictví.

7.9. Rozdíl mezi porody v západní a postkomunistické části Evropy

V západní Evropě se kritika jednostranné podpory biomedicíny a medikalizace začala objevovat již v 60. letech. V České republice se objevily první debaty až s dvacetiletým odstupem. Až v současné době jsou zapojována ženská hnutí a aktivity do dialogu o problémech spjatých s reálně poskytovanou porodní péčí. Objevují se různé organizace například Hnutí za aktivní porod, přirozený porod, snaha o otevření porodního domu v Praze atd. Tato situace způsobila odklon od prosazování změn výlučně seshora a přináší zásadní obrat ve vnímání matky ve smyslu její možnosti participovat

na rozhodování o způsobu, jakým přivede na svět své děti. (podrobněji viz 12:8)

Daná situace je však do jisté míry konfliktní, protože otevírá polemiku o kompetenci rodiček spolurozhodovat o záležitostech týkajících se porodu. Mezi odbornou veřejností panuje nesoulad do jaké míry a jestli vůbec má žena právo spolurozhodovat v oblasti, ve které není odborníkem. „Odráží tak dlouholetou absenci občanské participace na veřejných záležitostech.“ (12:8)

Vliv občanské společnosti na způsoby poskytování porodní péče zdůraznila již na konci 80. let A. Heitlinger a označila jej jako jeden z typických znaků západoevropských zdravotnických systémů v opozici k socialistické organizaci zdravotní péče. Podle ní se již tehdy vedla v západní Evropě na rozdíl od ČSSR veřejná diskuse o reformě v poskytování porodní péče nejen mezi odborníky, ale i laiky. (podrobněji viz 12:8)

Musíme si však ještě uvědomit, že i když vznikají různé organizace a sdružení, které se snaží prosadit právo spolurozhodovat o porodu, ne všechny ženy jej chtějí využít a zajímají se o danou možnost. Jak vyplynulo z našeho výzkumu, některé ženy si nemyslí, že mají potřebné vědomosti k vyhodnocení konkrétních rizik a komplikací, které mohou nastat. Některé nejsou s bližšími možnostmi ani obeznámeny.

7.10. Genderové stereotypy v oboru porodnictví

Pokud chceme vzít v úvahu možnosti účasti na legálním a bezpečném způsobu vedení porodu, nesmíme zapomenout na pevně zakotvenou genderovou strukturu oboru porodnictví. Je to další důležitý článek skládačky (v této problematice), který musíme vzít v úvahu.

V hierarchii lékař/porodník, asistentka a rodička (odborné znalosti a profesní autorita), nesou nejvyšší právní zodpovědnost za

průběh porodu v tomto chirurgickém oboru ve většině případů muži-lékaři. Na konto genderových stereotypů, v jejichž zajetí dosud přetrvává česká společnost (muži i ženy), dochází v rámci této specificky ženské problematiky ke snižování kompetencí žen odbornic. A to jak ze strany jejich mužských kolegů, tak i laiků. Lékařky jsou považovány za hůře vybavené jednak vlastnostmi a schopnostmi, ale také řízením komplikovaných, případně operativních porodů. Mužům lékařům je také přisuzována vyšší profesní sebedůvěra. Tyto vlastnosti jsou stereotypně přisuzované mužům nebo ženám a jsou pojímány jako neměnné. (podrobněji viz 12:9)

V současnosti se však stále více dostávají do popředí ženy nejenom jako lékařky, ale také jako porodní asistentky. Jak je vidět i z našeho výzkumu jsou postupně více a více považovány za odbornice v oblasti fyziologického porodu. Porodní asistentky mají své sdružení (UNIPA) a některé pracují samostatně a angažují se hlavně v oblasti přirozených porodů. Stále však pro většinu žen má vyšší status lékař-porodník.

8. Vědecké poznatky a postupy, jejich důležitost

Vědecké poznatky a postupy jsou základem pro klasický přístup (lékařsky vedený porod). Věda ve spojitosti s technikou pomáhají lékařům odhalovat případné komplikace, nebo rizika porodu a tím také poskytují možnost jejich snížení, nebo dokonce odstranění. Ozývají se ale stále častěji také kritické dotazy, zda není oblast porodnictví přetechnizovaná. Jsou opodstatněná početná vyšetření těhotných žen? Převyšuje přínos přístrojové techniky nad její rizikovostí? Je věda schopna řešit všechny problémy související s porodem? Dává nám falešný pocit jistoty? Tím, že je technika důležitou součástí lékařsky vedeného porodu, stává se také součástí této kritiky a někdy také důvodem jeho napadání. Kapitola je proto důležitá k pochopení daného rozporu.

8.1. Vymezení vědeckého poznání

Zhruba od poloviny 20. století se začíná na vědu pohlížet jako na sociální instituci (R.K.Merton). Na sociální podmíněnost vědeckého bádání a zároveň i moc vědy v šedesátých letech však poukázal až T. Kuhn. „Podle T. Kuhna se vědci většinu času snaží řešit hádanky v prostoru, který je již předem strukturovaný převládajícím vědeckým přístupem. Podle něho jsou v rámci jednotlivých paradigmat řešeny pouze určité problémy a jiné zůstávají bez vědecké reflexe.“ (12:18)

„Idea konstruování sociálního světa podle sociologie P.I.Bergera a T. Luckmanna spočívá na myšlence, že to, co vnímáme jako realitu, vzniká skrze interakci člověka a společnosti, v níž je člověk jejím produktem a ona zase produktem člověka.“ (35:18) V rámci sociologie vědy byl důraz položen na fakt, že je rozhodování vědců ovlivněno sociálním i ekonomickým kontextem. Naléhavějším tématem se stala moc, s níž vědci produkují a potvrzují vlivné definice světa. (podrobněji viz 12:18-19)

8.2. Kritika moderní vědy

Začala být kritizována moderní selekce vědění založená na nerespektování jiných poznávacích možností nabízených jinými lidmi, skupinami, kulturami. Spolu s moderní vědou byla napadena i koncepce modernity a důvěra v moderní společnost jako společnost jistot vůbec.

Podle U. Becka je moderní společnost naopak plná rizik a různých nejistot a ty vyplývají z neustále pokračujícího procesu specializace. Nereagují již na podněty z vnějšího světa. Nově definovaná rizika jsou konstruována na pomezí jednotlivých odborných specializací. Jsou definována vědeckou rétorikou, a to hlavně příčinně, protože industriální společnost je postavena na specializaci a důvěře ve vědeckou racionalitu, argumentaci a logiku. Rizika mohou být dramatizována ve smyslu morální výzvy, zveličována nebo naopak zesměšňována. (podrobněji viz 12:19)

Z hlediska sociálního konstruktivismu je v práci nahlíženo na odlišné sociální definice porodu a jeho rizik ne jenom mezi zdravotníky, ale hlavně mezi matkami. Pozornost je zaměřena na jejich rozpory ohledně způsobu vedení porodu, místa porodu, osoby vedoucí porod, na jejich argumenty a strategie.

V posledních letech již nejsou projednávány lékařské konstrukce vedení porodu jenom mezi odbornou veřejností, ale také mezi matkami. Veřejnost žen hraje v této záležitosti důležitou roli.

8.3. Vytváření rizikovosti a přirozenosti porodu

Jedním z důvodů rapidního poklesu mateřské i perinatální úmrtnosti bylo zavedení praxe lékařsky aktivního porodu a přesun porodů do nemocnic. Jak bylo již zmíněno v historii, toto období trvalo několik desetiletí a změna byla postupná. Spolu s úspěchy biomedicíny při řešení komplikovaných případů a díky novým lékařským postupům, poznatkům a produktům farmaceutického

průmyslu se upevňovala její pozice. Porod vzbuzoval strach ze smrti i bolesti, stále častěji se stával lékařsky vedenou a formovanou záležitostí a přesouval se z kompetence porodních bab do kompetence lékařů. Lékaři, kteří dříve zasahovali pouze při komplikacích u porodu, postupně přebírali celkový dohled nad porodem.

Vzhledem ke strachu lékařů před nákazou rodičky infekcí (na začátku 19. století byla velkou hrozbou a často důvodem úmrtí rodičky po porodu), se porody stále častěji odehrávaly tentokrát již ve sterilním prostředí nemocnic. Ty byly také místem poskytujícím koncentraci nejrůznějších odborníků a technického zařízení, potřebného během komplikovaných porodů. Lékařský způsob vedení porodu vznikl na základě vnímání porodu jako rizikové záležitosti. Rizikovost tohoto procesu byla a je spojována s nepředvídatelností, kdy mohou komplikace nastat. Nevypočitatelnost je vnímána jako součást porodu. (podrobněji viz 12:20-21)

Spolu s rozšířením preventivních předporodních vyšetření, které vedly k redukci nejistot a rizik, došlo také ke kritice koncepce, v jejímž pojetí je porod spíše rizikovou fyziologickou záležitostí. Kritika „vytvořila“ koncepci „přirozeného“ porodu. Jak již bylo zmíněno, vedle koncepce přirozených porodů se mluví také o alternativních porodech. Odmítnutí pojmu alternativní je jednak z důvodu určitého spojení se šarlatánstvím (i když často neoprávněným, přeci jen u žen často takto chápaným), jednak z důvodu odmítnutí sekundární a marginální pozice. „Alternativní totiž označuje vztah k něčemu jinému, známému, stabilnímu, dominantnímu.“ (12:21) Zastánci přirozených porodů vyzdvihují historickou původnost svého přístupu k vedení porodu.

Zatímco zastánci lékařsky vedeného porodu hovoří o rizikovosti porodu a zdůrazňují rizikovost porodního procesu, příznivci přirozených porodů hovoří o přirozenosti porodu a odkazují se především ke spontánním nekomplikovaným porodům.

8.4. Důležitost versus rizikovost lékařských zásahů

Potkávají se zde dva úhly pohledu. Zastánci přirozeného porodu upozorňují na rizikovost některých lékařských zásahů a naopak zastánci lékařsky vedeného porodu poukazují na důležitost zásahů z důvodu možných komplikací.

Úspěchy biomedicíny při samotném porodu, nebo ještě v těhotenství, není možné popřít. Možnost rychlé diagnostiky v případě komplikací a jejich řešení je určitě přínosem. Včasná diagnostika vrozených vývojových vad vede k včasnému zásahu buď již během těhotenství, nebo hned po porodu.

Zastánci přirozeného porodu nutnost některých postupů odmítají. Argumentují to tím, že některé postupy již byly v odborných kruzích zpochybněny a to jak z jejich nezbytnosti, tak z významu jejich preventivních opatření. Příkladem může být postupné zavádění roaming-in. Dříve byly matky po porodu oddělené od novorozence, a to hlavně z důvodu rizika nákazy novorozence. Dále bylo toto oddělení zdůvodňováno nutností profesionální péče o dítě za účelem rychlého rozpoznání patologických příznaků, které by porodem vyčerpaná matka-laik, a především prvorodička, nemusela zachytit. Nakonec byla zkonstruovaná rizika v opačném smyslu. Jednalo se o rizika psychologických, ale i fyziologických následků odloučení matky a dítěte po porodu ve smyslu problémů se zahájením kojení a následné umělé výživy dítěte. (podrobněji viz 12:23-24)

Lékaři argumentují důležitost svých zákroků hlavně z pohledu rizikovosti. Naopak zastánci přirozených porodů zdůrazňují, že časem se tyto zákroky mohou ukázat nejen jako „skoro neúčinné“ vůči rizikům, ale samy mohou produkovat jiná rizika. Věda a pokrok si jdou svou cestou a to, co je dnes považováno za přínosné a výborné, je zítra zamítnuto a zpochybněno. To však ještě neznamená, že zpochybníme-li určitou část jedné koncepce, zpochybníme tak všechny její závěry a můžeme je považovat za

zbytečné. Obě skupiny argumentují, že jejich snaha a úsilí je zaměřena na zdravou a spokojenou rodičku a dítě.

Polemika soupeřících koncepcí se týká hlavně fyziologického vedení porodu, ne patologického. Rizikové, nebo patologické porody by měly být vedeny v porodnicích (s tímto názorem souhlasí oba „tábory“). Rozpory jsou však, jak bylo uvedeno výše, ve vnímání toho, která rodička je riziková a v možnosti odhadnutí rizika. Za nejméně „rizikovou“ rodičku je považována druhorodička s fyziologickým těhotenstvím, kdy první porod probíhal bez komplikací a spontánně. Je to z důvodu statisticky nejméně pravděpodobné možnosti vzniku komplikací (opíráme se zde o konference porodních asistentek a statistiky porodnic na těchto konferencích uváděných).

9. Proměny českého zdravotnictví a jeho profesí

České zdravotnictví a také jeho profese se hlavně v průběhu posledních desetiletí výrazně změnilo (struktura zdravotní péče, kompetence, vzdělání zdravotnického personálu, technické vybavení nemocnic atd.). Rovněž postoj žen se vůči zdravotnickému (i nezdravotnickému) personálu asistujícímu u porodu mění.

Transformace ve zdravotnické sféře se objevuje po roce 1989 jako součást širších politických, společenských a především ekonomických změn. Předtím panoval v Československu, stejně jako v jiných zemích socialistického bloku, centralizovaný systém zdravotnictví. Charakterizovala ho zejména hierarchická organizace, byrokratická správa a model léčby, ve kterém hráli významnou roli experti a technologie. Jak bylo zmíněno výše (sociologie medicíny – historický vývoj), nemocnici můžeme považovat za prototyp byrokratické organizace podle Maxe Webera svým vnitřním rozvrstvením a formální strukturou.

Zdravotní péče byla poskytována pacientům v obvodech podle místa bydliště. Stejným způsobem byla poskytována i mateřská a porodní péče. I když některé ženy měly větší prostor k rozhodování o porodu, značná část žen mohla o porodní péči a svém porodu rozhodovat velmi omezeně. Reprodukčnímu zdraví žen byla přesto věnována náležitá pozornost. (podrobněji viz 15:88-89)

Socialistický systém mateřské a porodní péče byl u nás medikalizovaný. K rodičkám se přistupovalo jako k nemocným a zdůrazňovalo se, že během celého těhotenství a porodu musejí být pod kontrolou lékařských expertů. V porodnicích byly matky a jejich děti separovány (mimo dobu kojení, které bylo přesně načasováno.) Do porodnic nesměli žádní návštěvníci (děti se často ukazovali přes okénko ve dveřích, a to několik dní po porodu) a přítomnost „cizích“ osob na porodním sále nebyla dovolena. Důraz byl kladen především na fyzické a duševní zdraví dítěte. Pocity ženy a její spokojenost

s poskytovanou péčí byly spíše opomíjeny a nebyla jim věnována zvláštní pozornost. (podrobněji viz 15:89)

Ke změnám postupně dochází v průběhu osmdesátých let, kdy je v porodnicích postupně zaváděn například systém roaming-in. Začalo se upouštět od přísných aseptických opatření (možnost přítomnosti otce, nebo rodinného příslušníka u porodu). Na rozdíl od západních zemí (požadavky klientů) iniciovali zavádění změn především lékaři a zdravotníci odborníci. Alena Heitlinger tento rozdíl interpretuje jako důsledek tehdejší společenské situace, která vedla k omezení formování daných hnutí. (podrobněji viz 15:89-99)

I po roce 1989 si však zdravotnictví zachovává silně medikalizovaný charakter. Teprve na konci devadesátých let začal být stále více a více kritizován formujícími se spotřebitelskými a zájmovými skupinami.

Na základě poznatků z empirických výzkumů (sekundární analýza primárních dat získaných v rámci empirického šetření v období 1995-2003) vyplynulo, že většina občanů i lékařů hodnotí současný stav zdravotnictví negativně, přičemž stanoviska lékařů jsou mnohem kritičtější. Pokud rozdělíme zdravotnictví na několik oblastí, nejhůře hodnotili občané oblast financování zdravotnictví a nejméně kriticky naopak přístup lékařů, zdravotnického personálu k pacientům a odbornou úroveň lékařské péče. I lékaři vidí největší problémy ve financování zdravotnictví, kritičtěji než občané však hodnotí i činnost zdravotních pojišťoven, oblast řízení zdravotnictví a skutečnost, že není ujasněna koncepce vývoje zdravotnictví. Rovněž (jako občané) vidí nejmenší problémy v přístupu lékařů a zdravotnického personálu k pacientům a v odborné úrovni lékařské péče. (podrobněji viz 42:189-206)

Přestože občané nepovažují za nejhorší v sektoru zdravotnictví přístup lékařů a zdravotnického personálu, je jejich chování hodnoceno kriticky a jsou možnosti v jejich zlepšení.

9.1. Proměny profese porodní asistentky

Jelikož je historie babictví popsána obsírněji již v úvodní části práce, zde přiblížíme již jen 20. a 21. století.

Vzdělávání porodních asistentek Postavení porodních asistentek se v současnosti pomalu dostává opět do popředí. Za odborníka již nebývá považován hlavně lékař, ale v oblasti porodnictví (fyziologického) také porodní asistentka. Postupně si „vydobývá“ své důležité (původně výsadní) postavení také u nás a proto považujeme za důležité v práci připomenout jejich vzdělávání ve 20 a 21 století, abychom lépe vnímali jejich kompetence.

Po získání státní samostatnosti se začaly ozývat hlasy volající po reorganizaci výuky porodních babiček. V roce 1928 vyšel zákon „O pomocné praxi porodnické, jakož i o vzdělání a výcviku porodních asistentek“. Začalo se užívat nového názvu porodní asistentka. O dva roky později byly zřízeny státní ústavy pro vzdělávání porodních asistentek – pro české v Pardubicích, pro německé v Liberci.

V roce 1947 bylo studium prodlouženo z deseti měsíců na dva roky. Postupně se měnila délka vzdělávání ze dvou na tři roky (r. 1948), pak se zavedlo čtyřleté studium s maturitou (r. 1955). Porodní asistentky se učily společně dva roky se všeobecnými sestrami a po dvou letech se studium podle oborů rozdělilo. V roce 1958 bylo na středních zdravotnických školách zavedeno dvouleté denní a dálkové pomaturitní studium pro porodní asistentky. V roce 1965 byl název oboru změněn z porodní asistentky na ženskou sestru (v roce 1993 se vrátilo původní pojmenování porodní asistentka).

Ve školním roce 1995/1996 vznikl studijní obor Diplomovaná porodní asistentka, který byl realizován na vyšších zdravotnických školách v trvání tří roků a nahradil dvouleté pomaturitní studium. (podrobněji viz 44:89-91)

V roce 2001 byla zahájena výuka porodních asistentek na vysokých školách jako bakalářský stupeň vzdělání.

Se vstupem České republiky do Evropské unie dochází k doporučené harmonizaci vzdělávání tzv. regulovaných profesí ve zdravotnictví. Mezi regulované profese patří lékař, zubní lékař, farmaceut, všeobecná sestra a porodní asistentka. V rámci uznávání kvalifikace a volného pohybu profesních odborníků doporučila Evropská unie upravit vzdělávání porodních asistentek dle směrnic, které popisují povahu a obsah minimálního akceptovatelného vzdělávacího programu. Směrnice řeší základní vzdělávací cíle, požadovanou minimální délku studia, předchozí vzdělání uchazeče o studium, kompetence budoucích absolventů a požadavky kladené na vzdělávací programy pro porodní asistentky. (podrobněji viz 44:91-93)

9.2. Proměny lékařské profese

Abychom pochopili určité „napětí“ mezi lékařskou profesí a jinými profesemi, nebo mezi lékaři a pacienty, přiblížíme si změny, ke kterým v současnosti postupně dochází.

Eva Křížová ve své knize „Proměny lékařské profese z pohledu sociologie“ popisuje několik změn, ke kterým došlo a dochází. Pozice lékaře se stává součástí vysoce komplikovaných, formalizovaných a racionalizovaných struktur. Nová ideologie obrací tradiční logiku, rozděluje medicínu a podnikání, a legitimizuje lékaře coby ekonomického činitele. O kvalitě výsledné péče dnes rozhoduje celkový systém péče, ne jednotlivý lékař. Lékaři stále méně cítí, že vykonávají poslání, a stále více přijímají obraz odborníka, vykonávajícího technický servis pod základním pravidlem nabídka-poptávka. Profesní role již není stěžejní identitou, nýbrž je jednou z životních rolí, která musí být skloubena s ostatními například rolí rodinnou, rodičovskou, partnerskou apod. (viz přílohy č.3,4). Také se dynamicky začíná

rozvíjet sektor medicínských služeb na přání bohaté, movité klientely. (podrobněji viz 21:125-126)

McKinlay je přesvědčen o tom, že lékaři ztrácejí kontrolu nad podstatnými aspekty výkonu povolání a stávají se podřízenými „produkčním“ požadavkům vyspělého kapitalismu (prudký nárůst nekónických aktivit – administrativy a výzkumu). Dále poukazuje na to, že lékařská profese (oproti minulosti a ve srovnání s dalšími vysoce kvalifikovanými skupinami) pravděpodobně ztrácí prestiž a klesá také zájem o studium medicíny. Podle Bourdieua k tomu přispívá také feminizace. Povolání, která se feminizují, ztrácejí na ceně. Eliot Freidson oponuje, že i když jsou změny k horšímu v postavení lékařů, jde o pokles relativní, ve srovnání s jinými profesemi. Lékaři mají zásadní vliv na to, jakým způsobem lidé smýšlejí o sobě a svých problémech a navíc si v dělbě práce ve zdravotnictví uchovávají klíčové postavení. Za závažnější považuje kolaps kolegiálních norem a to, že navzájem svou činnost hodnotí stále více formalizovaným způsobem. (podrobněji viz 21:126-127)

Nejenom u nás, ale i v zahraničí dochází k tomu, že lékaři jsou čím dále tím více nespokojeni. V USA již lékaři, kteří mají možnost, opouštějí regulované vztahy a snaží se provozovat nezávislou medicínu. Opírají se o soukromě dojednané vztahy mezi klientem-zákazníkem a lékařem (luxusní butiková medicína). (podrobněji viz 21:127)

Dnes se také mluví o postmoderní medicíně. Jejím znakem je masivní nástup technologizace. Ten sice vedl ke zpřesnění a rozvoji diagnostických, léčebných metod i elektronizace, avšak také k odcizení mezi lékařem a nemocným a ke ztrátě fyzického kontaktu. Lékař proto musí náležitě komunikovat s pacientem. Frustrace psychosociálních potřeb pacientů je jednou z příčin nového zájmu o alternativní a nekonvenční medicínu. Lékaři sice mají oprávněné obavy, že laici nemohou nikdy pochopit složitost lékařské problematiky, na druhou stranu je však zájem laiků o jejich zdraví a nemoc oprávněný. (podrobněji viz 21:128-130)

9.3. Kdo je dula?

Tento „pojem“ se v posledních pár letech začíná skloňovat stále více a více. Kdo je dula? Koho si pod tímto pojmem můžeme představit? Kdo může být dula? Jaké má kompetence a proč ji mít u porodu? Na tyto a další otázky se pokusíme v krátkosti odpovědět.

„Dula je zkušená porodní společnice poskytující ženě a jejímu muži či partnerovi jak citovou, tak fyzickou podporu během celého porodu a do určité míry i v poporodním období.“ (45:14)

Dula není ani lékařka, ani sestra, ani porodní asistentka. Není vyškolená k tomu, aby činila lékařská rozhodnutí. Je vyškolená, aby obvyklé lékařské zásahy rodičce uměla vysvětlit a pomohla ji zbavit se nejistot a obav. Je to jakákoliv žena, která projde určitou přípravou (kurzy). (podrobněji viz 20:24-25)

Ideálně se dula s rodičkou setká měsíc a půl až tři měsíce před porodem, aby se mohla seznámit se všemi představami a přáními budoucí maminky ohledně porodu. U porodu se pak snaží zbavit rodičku strachu, nejistoty, snaží se jí poradit v otázkách zmírnění bolesti (masáže), spolupracuje na přípravě porodního plánu atd. (podrobněji viz 20: 26-30)

U duly můžeme vidět určitou podobnost se ženami, které v dávné minulosti asistovali rodičkám u porodu. Byly to rovněž medicínsky nevzdělané ženy, které však měly osobní zkušenost se svým vlastním porodem a proto pomáhaly jiným ženám u porodu.

V čase a prostoru dochází k proměnám osob, které asistují a rozhodují o porodu, místě určeného k porodu, preferencích způsobu vedení porodu a dalších sociálních aspektech majících vliv na vedení porodu. Mění se význam a důležitost porodu nejenom pro osoby asistující, ale také pro rodičky samotné a jejich nejbližší okolí (rodinu). Co je však neměnné a stále více žádané a očekávané je zvyšování jak kvalifikace, tak i empatie zdravotnického a nezdravotnického personálu.

10. Porodnice jako organizace

Porodnice je místem, kde ženy přivádějí na svět své děti. Je organizací, která má své klady, ale můžeme v ní najít i zápory. V porodnicích možná více než v jiných odvětvích medicíny můžeme vidět změny, které probíhají v posledních desetiletích. Porodnice se začaly více „otevírat“ a přizpůsobovat různým změnám a požadavkům žen (útulnější prostředí, empatický přístup personálu atd.). Jaký je vlastně systém práce v porodnicích, jsou stejné jako jiné organizace? Je porodnice se svými postupy práce, organizací, hierarchií, prostředím atd. schopná výrazné změny? Jaký je důvod její „nepřizpůsobivosti“?

Pro ženy a jejich partnery se stává výběr místa porodu velmi důležitou záležitostí. Není výjimkou, že porodnici pečlivě vybírají na základě různých kritérií (prostředí, technická vybavenost atd.).

10.1. Organizace práce v porodnici

H. Hašková definuje účel organizace práce v porodnici takto: „Organizace práce v porodnici je za účelem mobilizace a koordinace kolektivního úsilí k efektivnímu dosahování stanovených cílů vybavena formalizovanými procedurami, neosobními pravidly, hierarchií pozic, dělbou kompetencí, práce a specifickým charakterem komunikace. Funkcí organizační struktury je v rámci efektivního dosahování stanovených cílů totiž také snižování rizika omylů. To se děje na základě rutinizace a formalizace postupů, jež je každý člen organizace povinen respektovat a sledovat. Odchýlení od daných nařízení či zvyklostí může být sankcionováno. K fungování porodnic se pojí byrokratická centralizace, a to zejména proto, že léčba potřebuje velmi podrobnou dokumentaci.“ (12:31) Nemocnice tedy můžeme považovat za organizaci ve Webrovém pojetí.

V tomto významu se stává důležitou také nemocniční dokumentace. Požadavek na to, aby byla podrobná, je také výrazem moderní lékařské disciplíny, která vyžaduje porovnatelnost výsledků léčby v zájmu vědeckého zkoumání a vyhodnocování. V posledních letech se dokumentace stává také důležitou při posuzování postupů lege artis (zanedbání péče).

Podle Croziera je možno vykládat rituální chování a striktní dodržování postupů zaměstnanců organizace jako strategické vyhýbání se zodpovědnosti. Na promyšlenou strategii můžeme nahlížet také tehdy, když jsou v organizaci prosazovány změny. Crozier totiž chápe organizaci jako pole otevřené rozvoji konfliktů všeho druhu a její fungování líčí jako permanentní střetávání agresivních aktérů řídících se vlastními osobními strategiemi. Tím pádem se členové organizací snaží využít pro své zájmy těch možností, které jim organizace poskytuje. Často jsou důsledkem nedokonalých opatření, která byla přijata za účelem zabránění členům organizace sledovat svůj vlastní zájem. (podrobněji viz 12:31)

Zatímco podle Webera organizace připravují člověka stále více o jeho humánnost, podle Croziera člověk naopak připravuje organizace stále více o jejich racionalitu a efektivitu. Neosobní pravidla mohou totiž jednotliví zaměstnanci využívat ve svůj prospěch. (podrobněji viz 12:32)

10.2. Vliv artefaktů

Na jednání aktérů má vliv také existence důležitých artefaktů. Artefakty jsou aktivními činiteli v rámci tvorby, stabilizace a reprodukce sociálního řádu. Historie porodnictví tento pohled dokládá vlivem, který měla a má technika na průběh těhotenství a porodu. Díky ultrazvuku, který se stal během těhotenství běžně používaný, dochází ke zjišťování vrozených vad plodu, což dává

možnost těhotenství uměle ukončit, nebo také k operaci plodu in utero.

Technika zviditelnila nového pacienta. To umožnilo rozvoj dvou oborů a to prenatální psychologie a chirurgie, které mají různý dopad na plod a také na matku. Pokrok přinesl polemiku nad humánností porodních a poporodních praktik, které měly pozitivní dopad i na rodičku. Rozvoj chirurgie polemizuje se zásadou upřednostňovat zájem ženy před zájmem plodu (nakolik je únosná míra morbidity matky v těhotenství a po porodu). (podrobněji viz 12:32)

10.3. Komeracionalizace porodnic

Transformace ve zdravotnické sféře se objevuje po roce 1989 jako součást širších politických, společenských a především ekonomických změn. Předtím panoval v Československu vysoce centralizovaný systém socialistického zdravotnictví. Zdravotní péče byla poskytována pacientům v obvodech podle místa bydliště. Stejným způsobem byla nabízena i mateřská a porodní péče. I přesto, že jisté skupiny žen v určitých porodnicích měly větší prostor pro prosazování svých představ o porodu, lze říci, že značná část žen, ne-li většina, mohla o mateřské a porodní péči a svém porodu rozhodovat velmi omezeně (jak zjistila E. Hrešanová ve svém výzkumu, důležitou roli tady sehrál sociální kapitál při obcházení mechanismů tehdejšího systému zdravotnictví). (podrobněji viz 15:88-89)

V devadesátých letech dochází ke změnám v českém zdravotnictví, a to hlavně z důvodu rostoucích výdajů spojených se zdravotní péčí. Postupně dochází k decentralizaci systému zdravotní péče. K 1. 1. 2003 došlo k převodu původně státního majetku nemocnic na krajské samosprávy, podobně dochází ke změně zřizovatelů okresních nemocnic, kterými jsou v současné době krajské samosprávy. Jejich zřizovatelům se otevřela možnost změnit právní formu nemocnic.

Některé nemocnice tak byly transformovány na akciové společnosti. (podrobněji viz 15:90)

Původní právní forma nemocnic poskytovala veřejné služby hrazené z veřejných prostředků. To vedlo k tomu, že stát často podporoval i ztrátová zařízení (zhoršení dostupnosti nemocniční péče). Forma akciové společnosti vede k větší motivaci vlastníka dosahovat vyrovnaného hospodaření z obav před ztrátovostí i možným krachem nemocnice. Toto pojetí se tak může odrazit i v novém vnímání pacienta. Ten se stává klíčovou osobou ovlivňující přežití nemocnice v konkurenčním prostředí trhu. (podrobněji viz 15: 90-91)

Postupně docházelo k vytváření nového prostředí, které klade na uživatele péče specifické nároky. Rostoucí konkurence mezi porodnicemi ústí do rozšiřování nabízených služeb a snahy přilákat co nejvíce klientek což ovlivnil v první řadě fakt, že je to sama rodička, kdo má možnost rozhodnout o tom, kde bude porod jejího dítěte probíhat. Některé porodnice začaly mít potíže s „přežitím“, jiné zase měly rodiček víc, než mohly „zvládnout porodit“.

V posledních několika letech je hlavně v Praze pozorován opačný fenomén. A to určitý „boj rodiček“ o porodnici. Jak vyplývá také z našeho výzkumu, určité porodnice mají mezi matkami vysokou prestiž a jejich možnost porodit v dané porodnici je malá. Je to hlavně z důvodu „porodního boomu“ posledních pár let. Po výrazném poklesu porodnosti v roce 1999, dochází opět k nárůstu porodnosti, jak můžeme vidět v následující tabulce.

Tab. 2 Narození, 1991 - 2008

Ukazatel	1991	2001	2004	2005	2006	2007	2008
Narození celkem	129 850	90 978	97 929	102 498	106 130	114 947	119 842
Mrtvě narození	496	263	265	287	299	315	272
Živě narození	129 354	90 715	97 664	102 211	105 831	114 632	119 570
v tom: chlapci	66 644	46 616	50 262	52 453	54 612	58 475	61 326
dívky	62 710	44 099	47 402	49 758	51 219	56 157	58 244
Porody celkem	128 667	89 425	96 078	100 546	103 985	112 605	117 429
z toho: dvojčat	1 157	1 525	1 813	1 926	2 115	2 298	2 381
trojčat	13	11	19	13	15	22	16
čtyřčat	0	2	0	0	0	0	0
Podíl vícečetných porodů (%)	0,9	1,7	1,9	1,9	2,0	2,1	2,0

Pramen: ČSU: Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2008.

Dostupné z www:

[http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/1D00355EB0/\\$File/400709a4.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/1D00355EB0/$File/400709a4.pdf), upraveno: Andrea Mrázová

Tím, že výrazně vzrostla porodnost a porodnice nezvyšují kapacitu lůžek, postupně dochází k zavádění registrací v jednotlivých porodnicích. Dnes již častokrát rodička, která zjistí své těhotenství později, má problém najít porodnici, ve které se může zaregistrovat.

11. Konzumerismus mezi rodičkami a vznik nových nerovností

Jak dále vyplývá z kvalitativního výzkumu, pro ženy je velice důležitá možnost výběru, či už je to místo porodu, způsob porodu, nebo osoby přítomné u porodu.

Rodičky rovněž vnímají rozdíly mezi sebou, nejenom co se týká finančních možností, ale také v jejich informovanosti ohledně porodu. Můžeme některé vztahy vysvětlit vznikem nových nerovností? Pronikl konzumerismus také do této specifické oblasti?

11.1. Konzumerismus

Změny provázející reformy (například zútlunění prostředí) systému zdravotní péče se postupně promítají také do přístupu žen k nabízené péči (například aktivnější role žen při výběru poskytovaných služeb atd.). Ženám se díky nim otevírá mnohem větší prostor pro vlastní rozhodování o podobě jejich porodu.

Poprvé se začíná objevovat idea konzumerismu ve státech na západ od našich hranic v sedmdesátých a osmdesátých letech. Souviselo to hlavně s proměnami zdravotnického systému. Do České republiky začíná daný pojem pronikat až v devadesátých letech. „Hluboké změny, které zde probíhají, se odrážejí v jazykových termínech, jako posun od zaměření na pacienta k péči o klienta, od chování jako vůči pacientovi k chování jako vůči zákazníkovi.“ (18:8)

Představa fungování konzumerismu v rámci systému zdravotnictví staví na představě pacienta jako aktivního aktéra, který si cíleně volí mezi nabízenými zdravotnickými službami. Lékaři se stávají poskytovateli jednotlivých služeb, mezi nimiž se klient rozhoduje na základě nabízených výhod, nebo nevýhod. Klient má z daného stavu rozhodně užitek. Podmínkou konzumerismu je vytvoření prostředí,

které nese rysy trhu. V tržním pojetí zdravotnictví se nabízená péče stává zbožím. Další důležitou součástí konzumerismu je přítomnost konkurenčního prostředí mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. (podrobněji viz 15:87-91)

Kritika daného pohledu poukazuje hlavně na to, že zdravotnické služby nelze pokládat za zboží v pravém slova smyslu. Jejich nákup nelze dopředu plánovat, konzultovat s blízkými a v případě nespokojenosti reklamovat. Lupton dále kritizuje samotné pojetí pacienta jako aktéra, který rozhoduje čistě na podkladě možných zisků a ztrát, a upozorňuje na to, že lékařská péče představuje službu, jež je ovlivněna kulturními a symbolickými významy i citovým zapojením pacienta. Je to právě závislost (charakteristický rys nemoci), který vede Luptona k závěru, že zdravotnická péče nikdy nebude moci skutečně naplňovat ideu konzumerismu, v níž by pacienti hráli aktivní roli v rozhodování o výběru lékařské péče. Musíme se však zamyslet, na kolik je relevantní daná kritika. Porod přeci jenom není nemoc a porodnice má jiné postavení v rámci nemocnice než jiná oddělení. Tady mají ženy větší možnost spolurozhodovat o tom, jak bude péče probíhat. (podrobněji viz 15:92)

11.2. Nerovnosti mezi rodičkami

Možnost rozhodovat o tom, kde bude porod probíhat, má potenciál vytvářet nový druh nerovností souvisejících se schopností jednotlivých žen se v tomto strukturovaném prostředí orientovat. Sociální status může zasahovat nejen do samotného průběhu porodu, ale i do výsledné volby porodnice.

Lazarus v této souvislosti identifikuje sociální status jako významný faktor, jenž vstupuje do interakce s formální organizací a který může ovlivnit míru autority, moci a kontroly, jež se ženě dostává. Klíčovým prvkem je „porodní vědění“, kterým žena disponuje. Toto vědění obsahuje nejen znalost biologických procesů,

ale i sociální vědění (znalost lékařských procedur a zároveň orientaci v nemocnici jako byrokratickém systému). Podle Nelsona sociální status nezasahuje pouze do výsledné podoby porodu, ale ovlivňuje již samotné představy žen o jeho průběhu, se kterými vstupují do porodnic. Ženy z nižších sociálních tříd se v menší míře přikláněly k přirozenému porodu, méně často si dopředu plánovaly jeho průběh a dávaly více přednost lékařským intervencím. Ženy z nižších tříd také považovaly za relevantní všechny zdroje informací o porodu, ať již je získaly od lékařského personálu či příbuzných nebo přátel. (podrobněji viz 15:93)

Další koncepty při sledování možných nerovností v přístupu k péči pracují s konceptem socioekonomického statusu. Podle nich lze vysledovat nerovnosti již v samotném kontaktu s prostředím nemocnice a lékaři. Chamberlain poukazuje na vyšší socioekonomický status lékařů a ten se odráží ve způsobu jejich komunikace. Ženy s nižším statusem se tak dostávají do situace, kdy „nemocničnímu“ jazyku nejen nerozumějí, ale také své problémy a potřeby nedokážou artikulovat způsobem, jenž se od nich očekává. Dané ženy bývají častěji méně informované o konkrétních možnostech, častěji nevědí jakými vyšetřeními v rámci těhotenství a porodu prošly a je u nich větší pravděpodobnost, že jim některé možnosti nabídnuty ani nebudou. (podrobněji viz 15:94)

Pokud si dále uvědomíme, že část služeb nabízených nemocnicí není hrazena pojišťovnami, některé skupiny jsou znevýhodněny kvůli omezené možnosti do těchto služeb investovat (otec u porodu, epidurál, nadstandardní pokoj atd.) Větší komercializace porodnic vede k nabízení většího množství služeb. To může samozřejmě zvětšovat rozdíly mezi ženami schopnými si určité služby zajistit a ženami, které dané možnosti nemají.

Výzkum zaměřený na konzumerismus mezi rodičkami probíhal od března 2005 do prosince 2006 pod vedením E. Hrešanové a J. Hamanové (Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti). Autorky potvrdily, že v české společnosti se stávají

stále viditelnějšími sociální nerovnosti mezi ženami, které v současné době přicházejí do porodnic. Výzkum probíhal ve dvou „malých“ porodnicích (počet porodů pod 500 za rok), kvalitativní metodou (nestrukturované a polostrukturované rozhovory). Rozhovory byly provedeny s porodními asistentkami, lékaři a také se ženami po porodu. Konzumerismus na straně rodiček se jim jeví jako významná hybná síla proměňující tvář českého porodnictví. Je neodmyslitelně spjat s tzv. hnutím alternativního porodu, které se kriticky zaměřuje na „přemedikalizované“ porodnictví. Požadavky žen ve vztahu k porodu a porodní péči vyhodnotili jako různé.

Rozdělili je do dvou skupin (jakési ideální typy). Prvnímu typu žen říkají „přemoudřelé“. Mají přesně formulované a artikulované přání a požadavky na porodní péči. Podle vstřícnosti porodnic se rozhodují pro tu kterou konkrétní. Druhou skupinu tvoří maminky venkovské. Neodkazují tím jenom k původu žen, ale i k jejich přístupu k otázkám porodu. Tyto ženy si porodnice aktivně nevybírají, jdou родit tam, kde je to nejbližší. Mají představy o porodu méně vyjasněné než „přemoudřelé“ rodičky. (podrobněji viz 15:87-111)

Debaty na dané téma stále probíhají a postupně nabírají na intenzitě. To bylo důvodem blíže se věnovat tématu a pokusit se o přiblížení dalších možných příčin i důsledků tohoto jevu.

12. Metodologie výzkumu

Nezaměřuji se zde pouze na medicínské hledisko porodu, ale hlavně na sociální dimenzi porodu. Práce je postavena na předpokladu, že porod není pouze fyziologickou záležitostí, ale má svou socio-kulturní dimenzi.

V práci se snažím zjistit, jakým směrem se vyvíjí české porodnictví a které sociální faktory i aktéři ovlivňují vedení porodu v české společnosti. Pokouším se blíže nastínit (kladu si za úkol pouze poukázat na některé z důležitých aspektů) dnešní situaci, hlavní aktéry (soupeřící koncepce) vedení porodu a těhotnou ženu, coby určitého „konzumenta“ daných služeb. Zajímám se, co ovlivňuje ženy při jejich volbě (způsobu porodu, místa porodu atd.), jak vnímají dnešní situaci (i samy sebe), a snažím se nastínit určité řešení v podobě jejich přání. Jak vyplývá z předcházejícího textu, také koncept konzumerismu může do tohoto vztahu velice výrazně vstupovat (sociální nerovnosti mezi těhotnými a rodičími ženami).

K zachycení daného jevu jsem se rozhodla využít kvalitativní metodologii. V první polovině roku 2009 bylo provedeno celkem 12 hloubkových rozhovorů podle návodu (viz příloha č.5), trvajících cca 45 – 90 minut. Výzkumu se zúčastnilo 11 žen (prvorodiček) a jedna žena, která již porodila dvakrát. Jako jediná nebyla v době probíhajícího výzkumu těhotná (šestinedělka), zařadila jsem ji do výzkumu z důvodu, že její zkušenosti a názory jsem považovala za velice důležité pro bližší objasnění dané situace v porodnictví (druhé dítě porodila doma).

Rozhovory byly vedeny pomocí metody grounded theory. Výběr probíhal na základě výběrových kritérií tak, aby analýza sebraných dat dávala možnost srovnání z různých aspektů. Hlavním kritériem výběru byly těhotné ženy (od druhého trimestru), které se účastní, nebo již účastnily předporodního kurzu a blíže se zajímaly o problematiku porodu a porodnictví. Výběr těhotných žen probíhal zčásti formou nabalování, ale většinou na základě povědomí o některých

probíhajících předporodních kurzech (navázání kontaktu). Rozhovory byly prováděny na různých místech. Nejčastěji v kavárnách, hospůdkách po celé Praze, ale také v domácnosti žen.

Většina rozhovorů byla nahrávána na diktafon a všechny těhotné ženy byly poučeny o anonymitě a o účelu zpracování těchto rozhovorů. Jména žen použitá v citacích byla pozměněna, aby se zachovala anonymita žen. Pro kódování a zpracování sebraných dat jsem využila program ATLAS.ti a pro všechny rozhovory byla na základě jejich analýzy vytvořena skupina kódů, které pak tvořily základ porovnávání.

Na začátku své práce jsem se snažila přiblížit historii oboru porodnictví a sociologie medicíny. Dále jsem se pokusila o uvedení do porodnictví v současnosti a „problematických“ (diskutovaných) témat, které spolu souvisí. Bylo to hlavně z důvodu lepší orientace v dané problematice. Následující text je rozdělen do několika kategorií (6 hlavních okruhů) a text je členěn na základě okruhů, které se ukázaly v různých aspektech jako nejvýznamnější. Text je provázen citacemi z rozhovorů, které jsou vždy doplněny základními charakteristikami žen.

13. Výsledky kvalitativního výzkumu

13.1. Konstrukce rizikovosti, přirozenosti porodu.

Porod je vnímán ženami vesměs jako fyziologický proces, u kterého však mohou nastat komplikace. Rodičky můžeme rozdělit na dvě skupiny. První sice možnost komplikací připouští, ale nevěří, že nastanou, protože jejich pravděpodobnost je velmi nízká. Nebo je podle nich možné je rozpoznat již v těhotenství. Většinou nemají obavy z porodu samotného.

*„Je to přirozený...naprosto přirozený. Ne obavy nemám.“
(Jolana, prvorodička, 31 let)*

„Já jsem optimista, takže věřím, že všechno dobře dopadne. Tak nějak si to nepřipouštím.“ (Jana, prvorodička, 27 let)

„Vůbec nepředpokládám žádný komplikace, to v žádném případě. Prostě, já mám takovou představu, že to proběhne krásně, hladce, že to pude samo.“ (Martina, prvorodička, 30 let)

V druhé skupině jsou rodičky, které sice rovněž připouští malou pravděpodobnost komplikací, ale vidí je jako reálnější. Nechtějí „riskovat“, že v případě komplikací nebude zajištěná dostatečně rychlá a kvalitní pomoc. Obavy z porodu jsou výraznější.

„...protože to riziko, že se stane něco nepředpokládaného, tam vždycky může být, takže aby dítě i já jsme byli jisti.“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

„Jako já se zajímám o něj, protože se ho bojím jako čert kříže...mám z toho chvílemi strach...pořád...pořád...“ (Eva, prvorodička, 28 let)

13.2. Důležitost techniky a vědeckých poznatků

Těhotné ženy vnímají debaty okolo důležitosti techniky v těhotenství a porodu. Zčásti to souvisí s vnímáním rizikovosti porodu. I když považují těhotenství a porod za fyziologickou záležitost, přesto považují UZV, CTG a další techniku za přínosnou, až velice důležitou.

„Né, já si myslím, že je to potřeba, poslouchat ozvy, mohou tam nastat takové patologické jevy...“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

Některé rodičky vyzdvihují i dobrou perinatální úmrtnost v České republice. Zdravotnickou péči považují za velice kvalitní.

„My máme jednu z nejúžasnějších perinatálních úmrtností na světě... Japonsko a my jsme jedny z nejlepších, tak proč se toho vzdávat...“ (Jolana, prvorodička, 31 let)

Kamila si naopak myslí, že je péče příliš přetechnizovaná a celou péči podřizujeme statistikám... Jak už při příliš častém natáčení CTG monitorem při porodu, tak opakovanými UZV vyšetřeními a dalšími vyšetřeními...

„...ty jejich čísla, prostě oni to mají nastavený na nějaký... to si tam hodí do kompu nějaký průměrný hodnoty...“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

Další mínus techniky vidí Kamila a také Renata v nespolehlivosti výsledků přístrojů. Výsledek vyšetření není stoprocentní a nemyslí si, že by se měly řídit jen na základě toho. Častokrát tím maminku spíše vystresují a nutí k dalším vyšetřením.

„...ale co s tím potom člověk nadělá, když mu to řeknou ve 20 týdnu... ale stejně není jistota... znám případy, že řekli a sekli se v laboratoři... člověk nesmí podlehnout ničemu a zviklat se...“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

„...někdy mám pocit, že to přehánějí s těma přístrojema... takhle mi volali jako dobrý, ale máte tam něco na hraně, běžte prosím na

genetické vyšetření, jo já jsem si říkala, Ježíš Mária, proč mě takhle děsí a samozřejmě bylo všechno v pořádku...“ (Renata, prvorodička, 31 let)

13.3. Rizikovost lékařských zásahů

Dnes jsou hodně diskutované lékařské zásahy, jako episiotomie, medikace, holení, klyzma atd. Některé těhotné nevidí nic špatného na těchto postupech, jiné mají částečné výhrady a další výhrady ke většině postupů.

Kromě Kamily neměla žádná maminka výhrady vůči holení, klyzmatu, nebo episiotomii. Považují to za úkony, které jsou potřebné při porodu.

„Né, proti tomuhle nejsem vůbec, to budu absolvovat úplně v pohodě, dobrovolně.“ (Martina, prvorodička, 31 let)

Martina také vyjádřila určitou obavu, jestli časté vyšetření UZV nemá určitá rizika. Chápe důležitost vyšetření, ale v případě, že výsledek neovlivní rozhodnutí ženy (např. AMC), je tak trochu zbytečné.

„Nevím, nakolik mu to může možná uškodit, z toho jsou trošku obavy, že když moje mamka byla těhotná, tak žádné tyhle věci nebyly...“ (Martina, prvorodička, 30 let)

13.4. Důležitost porodu pro rodičky

Porod je důležitá chvíle v životě každé ženy. Je považován za součást ženského života. Část žen mu přikládá důležitou roli a snaží se co nejvíce na něj připravit a „užít“ si ho, jiné ho považují za jediný prostředek, jak mít dítě a připravují se spíše na období po porodu.

„Já to vnímám jako součást prostě toho, že si chceme pořídit to mimčo. Tak je to prostředek, jak porodit to mimčo.“ (Zita, prvorodička, 27 let)

„Asi se těším, až bude za mnou, že bych čekala nějakou velkou událost, tak to né. Ten porod určitě to nebude příjemné, ale musí nastat...“ (Renata, prvorodička, 31 let)

Ženy přiznaly, že otěhotnění bylo víceméně plánované a na toto období svého života se připravovaly.

„Bolo to plánované“. (Zita, prvorodička, 27 let)

13.5. Rodina, okolí jako důležitý činitel při rozhodování

Většina respondentek uvedla, že při svém rozhodování při výběru porodnice, způsobu porodu atd., přikládají větší nebo menší význam „radám“ lidí z nejbližšího okolí. Jedním z nejdůležitějších a taky nejvýznamnějších zdrojů jsou maminky, babičky a další rodinní příslušníci. Jejich hlavním přínosem je, že již porod mají za sebou a mohou pomoci a poradit z vlastní zkušenosti. Rodina jako intimnější instituce zároveň povzbuzuje otevřenost při daných rozhovorech a dodává pocit, že rady jsou myšleny jen v tom „nejlepším úmyslu“.

„No nejvíc mě třeba ovlivňuje dneska moje švagrová, jako by teda přítelovo sestra, protože má dva a půl letýho klučinu a jen díky ní vím všechno. Ona se o mě stará a já pak s každou blbostí ji volám, takže nejvíc ta rodina. A myslím si, že je opravdu člověk, který nedávno tím prošel...takže vod ní vím úplně všechno a věřím ji skoro všechno...“ (Eva, prvorodička, 28 let)

Samozřejmě velice důležitým, pokud ne nejdůležitějším, při konečném rozhodování a plánování je manžel, nebo partner. Většina partnerů se zajímá a rovněž připravuje na porod. Shání různé informace, studují literaturu a doprovází často rodičku k porodu.

„...druhej porod sme plánovali spolu...tam ta podpora byla...a to společné rozhodnutí.“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

Dalším nejdůležitějším zdrojem informací jsou kamarádky, nebo osoby těhotné (teď nebo nedávno po porodu). Jejich zkušenosti a doporučení jsou také velmi vítány.

„Jinak na mě vliv má spousta kamarádek, protože jsou v mém věku, mám kolem mě hodně kamarádek už s dětmi nebo jen těhotných.“ (Jana, prvorodička, 27 let)

Všechny těhotné, které se zúčastnily tohoto výzkumu, navštěvovaly předporodní kurz. Informace získané jejich formou považovaly za velice přínosné, nejen co se týká samotného porodu, ale také v období po něm. Některé rodičky doporučení zdravotnického odborníka výlučně respektují, jiné ho berou v úvahu v menší míře a některé jen v malém množství. Sem samozřejmě patří doporučení porodní asistentky i lékaře.

„...a potom hodně беру to, co právě říká Helenka na tom kurzu.“ (Zita, prvorodička, 27 let)

„Mám dobrou zkušenost také se sestrou nebo s doktorem, takže co bych si nenačetla, tak se zeptám, ten doktor mi řekne.“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

13.6. Další vlivy při rozhodování

Dnes se stává důležitým činitelem také internet. Část rodiček mu přikládá větší váhu než knížkám, televizi, rádiím a jiným médiím. Klady vidí hlavně v subjektivních názorech, pocitech a velkém množství různých informací. Na druhou stranu jsou však vytýkány příliš radikální názory a nespolehlivost informací.

„Ze všeho něco, protože zas na internetu nevěřím všemu, co tam píšou. Tam jsme zjistili, že je potřeba brát to s rezervou.“ (Zita, prvorodička, 27 let)

Část žen považuje za důležitý zdroj informací odbornou literaturu, hlavně Jolana, která má zdravotnické vzdělání. Odborná literatura je považována za lepší zdroj než neodborná, volně prodejná v knihkupectvích, nebo na stáncích. Je jim vyčítáno to, že neobsahují konkrétní, potřebné informace, ale spíše všeobecné.

„Ty informace, a mně to přijde, že je to hrozně pro všechny. Že nejsou žádný konkrétní informace.“ (Marie, druhorodička, 34 let)

„Lepší je koupit si odbornou literaturu psanou lékaři než ty časopisy, které jsou na stáncích.“ (Jana, prvorodička, 27 let)

I když některé rodičky tvrdily, že se rozhodují samostatně, bez jakéhokoliv vlivu, později přiznaly, že se snaží získat co nejvíc informací, které je buď utvrdí v jejich názoru, nebo naopak přece jenom „přesvědčí o lepším způsobu porodu“.

13.7. Lékařsky vedený porod? Přirozený porod? Alternativní porod?

13.7.1. Lékařsky vedený porod

Na otázku, co si představí pod pojmem klasický lékařsky vedený porod, těhotné konkretizovaly svoji představu jako porod vedený lékařem, nebo porodní asistentkou, v nemocnici.

Za hlavní klad lékařsky vedeného porodu považují ženy to, že v případě jakýchkoliv komplikací, nebo dotazů je zdravotnický personál připraven zasáhnout, pomoci, poradit. Má potřebné vybavení a možnosti.

„Klady, no, že je to pod dohledem odborníků, takže by to mělo probíhat jako v pohodě a kdyby byla nějaká komplikace nebo něco, takže by jako byla na místě odborná pomoc. Případně, že je ta porodnice vybavená na to, aby včas pomohla.“ (Zita, prvorodička, 27 let)

Zdena zároveň očekává nejvíce informací od lékaře a porodní asistentky, pediatra.

„...nejvíce informací je od toho lékaře, porodní asistentky, pediatra... (Zdena, prvorodička, 27 let)

I když se většina těhotných shodla, že klady převyšují zápory (mimo Kamilu), přece jenom záporů bylo mnoho. Bylo uváděno zejména lékařské prostředí, kde se rodičky necítily dobře (cizí, chladné prostředí), přílišná medikace, zasahování do porodu a větší množství rodiček, což může být rušivým vlivem. Zároveň se zdravotnický personál nemůže dostatečně věnovat všem rodičkám v potřebné míře. Mínusem je také výměna zdravotnického personálu na konci služby.

„Asi, že je to někdy jako na běžícím pásu. No, že tam není ten osobní přístup...nebo že nemusí mít tolik času na toho člověka...“ (Zita, prvorodička, 27 let)

Dvě rodičky neviděly v lékařsky vedeném porodu žádné nevýhody. Souhlasily také s polohou u porodu, jako s osvědčenou a nejlepší. Neviděly důvod proč nevěřit odborníkům.

„Já nějak nic mě nějak nenapadá, že něco je nevýhoda. Vůbec mě nenapadá, že je něco, co by mi nemělo vyhovovat.“ (Eva, prvorodička, 28 let)

Kamila za nevýhodu považovala standardizované postupy. Nesouhlasila s polohou u porodu, klyzmatem, holením a dalšími postupy. Považuje je za zbytečné a neopodstatněné.

„...oni tady mají svoje postupy metody a nazdar...“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

„...zasahujou neadekvátně do přirozeného porodu tím, že si to trochu přizpůsobí dle obrazu svému, nejde to podle rychlosti, jak by to mělo jít, dáme oxytocin...“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

Jolana a hlavně Kamila viděly jako mínus ne vždy 100% chování ze strany zdravotnického personálu, hlavně lékařů.

„...když se tam před vámi všichni zhádaj do krve... dva lékaři s porodní asistentkou...chtěla jsem sepsovat žalobu na ne příliš etické chování...“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

13.7.2. Přirozený, nebo alternativní porod?

S definicí přirozeného, nebo alternativního porodu měly respondentky potíže. Část z nich je oba stavěla do opozice vůči klasickému porodu a slučovala dohromady jako ten samý porod. Neviděly mezi nimi žádné rozdíly.

„...já prostě nevidím, nevidím v tom žádný rozdíl...“ (Eva, prvorodička, 28 let)

Další rodička definuje přirozený porod jako porod bez léků, medikace, bez nových metod a na porodním lůžku. Za alternativní porod považuje porod v různých polohách, jako například do vody, na pytli, na laně...

Jolana vidí přirozený porod jako porod bez jakýchkoliv větších zásahů zvenčí a nezáleží na tom, jestli je v porodnici nebo někde jinde. Jako alternativní vidí porod v jiné poloze než v klasické.

„...přirozenej porod je přirozenej tak, že je jedno kde rodím. Akorát ten můj přirozený monitoruje a nechá mě to odrodit, maximálně teda může udělat nástřih (porodník, nebo porodní asistentka).“ (Jolana, prvorodička, 31 let)

Další žena naopak dělení porodů na přirozený a alternativní odmítá. Název alternativní, automaticky staví jakýkoli jiný porod než klasický, do zlého úhlu pohledu. Podle ní existuje pouze klasicky vedený porod a přirozený porod, který je bez jakýchkoliv zásahů do průběhu porodu.

„...jak alternativní? Není alternativní, je buď lékařský vedený, nebo přirozený porod. Je to součást přirozeného porodu, který může být završenej porodem do vody, nebo dete do sprchy...“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

Hlavní klady přirozeného (alternativního) porodu vidí těhotné v tom, že porod je ponechán volně probíhající, bez jakéhokoli urychlování a bez zásahů do průběhu porodu. Rodička je více v pohodě a v klidu. Může si vybrat polohu, která je jí nejpohodlnější. Možnost výběru považovaly rodičky za velice důležitou. Nejvíce zajímavá a přirozená se jim jevila možnost porodu ve vaně. O této možnosti by byly ženy schopny nejčastěji uvažovat jako o alternativě proti klasické poloze.

„Do vody, proč ne, pokud je to pod dozorem. Na tom pytli... to už mi přijde přirozenější do té vody...“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

Kamila neviděla u přirozeného porodu žádnou nevýhodu.

„Já si myslím, že to má jenom výhody, nevýhodu nevidím žádnou...“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

Za nevýhodu považují ženy menší monitorování dítěte a možnost, že porod bude trvat déle. Délka porodu byla však taky braná různorodě. Část rodiček se obávala dlouhého porodu a uvítala by různé metody jejího zkrácení, druhá část by si chtěla tuto chvíli takříkajíc „užít“ a těšit se na příchod svého potomka na svět.

„Budu ráda, když to budu mít co nejdřív za sebou. Ať mi klidně daj něco na bolest, jen aby to bylo za mnou.“ (Marie, druhorodička, 34 let)

13.8. Porodnice nebo jiná možnost místa porodu?

13.8.1. Porodnice

Část rodiček považovala za velice důležité vybrat si porodnici, kde porodí. Zvažovaly různá kritéria a sháněly co možná nejvíce informací o dané porodnici. Co považují za nejdůležitější? Odpovědi se na danou otázku lišily. Pro Jolanu bylo nejdůležitějším kritériem, jestli má porodnice neonatologickou jednotku intenzivní péče a při dalším výběru si zjišťovala reference od kamarádek, které již porodily.

„A koukala jsem se, jestli mají neonatologickou jipku. Jo to byla pro mě taková priorita.“ (Jolana, prvorodička, 31 let)

Pro Zitu a další těhotné byla zase rozhodující vzdálenost porodnice od bydliště. Jako argument uváděly strach z velké vzdálenosti a porodu již v průběhu cesty do porodnice. Za problematickou považovaly také protichůdnost různých názorů o konkrétních porodnicích. V každé porodnici se najde něco pro a proti, proto bylo těžké se rozhodnout.

„Jako ptala jsem se kamarádek a taky jsem četla diskuse a zjistila jsem, že všude najdete pro a proti. A že vždycky to nejvíc asi záleží na personálu, kdo je milej a takhle. Tak jsem si říkala, že to asi nemá cenu víc řešit, já jsem si vybrala nejbližší.“ (Zita, prvorodička, 27 let)

„V té sanitce nebo při převozu se může stát cokoliv, takže volím raději porodnici, která je blízko mého trvalého bydliště, než jezdit někam přes 5 okresů.“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

Jana a část rodiček zase hledaly menší porodnici, kde očekávají lepší přístup k rodičkám od personálu, víc prostoru pro řešení jejich potřeb, ale zároveň dostatek přístrojové techniky s možností řešení různých komplikací. Nakonec volily kompromis středně velké porodnice.

*„...tam se ve mně praly dvě věci: menší zařízení, kde mají kladný přístup k těm ženám, na druhou stranu dobrou lékařskou péči se všema přístrojema, aby se v případě komplikací dalo vše řešit.“
(Jana, prvorodička, 27 let)*

Pro další část těhotných je důležité prostředí a možnosti výběru alternativního porodu.

Kamila viděla jako mínus porodnice, když na oddělení šestinedělí musí být na pokoji víc maminek.

„...3 matky na pokoji...z toho jednu musíte učit kojit...a aby vás někdo buzeroval, kdy mám jít na oběd a kde mám noční stolek...to už bylo silný kafe... (Kamila, druhorodička, 34 let)

13.8.2. Komeracionalizace, souboj porodnic?

Ještě před pár lety byl v Praze tzv. „souboj porodnic o rodičky“ viditelný. Porodnice se začaly více otevírat a snažily se nabízet služby, které by rodičky „přilákaly“. Dnes však již rodičky vnímají spíše boj jich samotných o registraci v porodnicích. Někdy to považují až za přehnané, protože se musí registrovat již v prvním trimestru.

*„Já myslím, že v Praze žádnéj boj není, naopak mám pocit, že jedna holčina přišla pozdě a chtěla se dostat do Thomayerky a oni jí řekli, že litujou a nashledanou, protože nemají pro ní místo.“
(Jolana, prvorodička, 31 let)*

„Všimla jsem si boje maminek o porodnice, protože porodnice jsou přeplněné, maminky mají problém, i když si vyberou porodnici, tak pak jsou plné. I když si vyberou porodnici, tak nakonec rodí jinde.“ (Jana, prvorodička, 27 let)

„Mě přijde zvláštní, že v 15. týdnu se mám jít zaregistrovat, když ještě nevím, že dítě bude v pořádku a už se mám jít hlásit k porodu.“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

Jediná Kamila neviděla důvod registrovat se v žádné porodnici. Nechtěla se také zaregistrovat v Podolí (mezi těhotnými považována za nejlepší porodnici v Praze), protože neviděla důvod zabírat místo mamince, která by tam šla kvůli svému dítěti (specializované centrum).

„No jasně, víte, že i když nebudete registrovaná, tak co, vykopnou vás? Jako vždyť je to blbost. A proč bychom jeli všichni do Podolí. Tak jako je to nějaký prostě porodní centrum pro Středočeský kraj, nebo pro půlku republiky, specializovaný pracoviště. Jako zabírat tam někomu místo mi přišlo ještě jako vrchol trapnosti...“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

Všechny rodičky se shodly, že porodnice udělaly v posledních letech krok k lepšímu, zároveň ale říkají, že je ještě dost věcí, které by se měly zlepšit.

„Jednoznačně. Ty tam jsou bílé zdi a škaredé kovové postele. Mění se asi i přístup těch sester, přístroje se mění. Prostředí jednoznačně nejvíc...barevnost, pozitivita.“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

Důležitou věcí, která by se měla v porodnicích stále měnit, je prostředí a vybavenost porodnic.

„Nejdůležitější je ta modernizace a vybavenost, míče a lepší prostředí v těch sprchách a víc těch pokojů apod.“ (Jana, prvorodička, 27 let)

Část rodiček také viděla mezery v profesionálním chování zdravotnického personálu. Uvítaly by jeho zlepšení.

„Takže jediný co bych vytkla, že někdy chování zdravotníků, беру to i na sebe, nemusí být vždycky stoprocentní.“ (Jolana, prvorodička, 27 let)

Jana vidí místo ke zlepšení také v aktuálnosti a omezeném množství informací na internetových stránkách porodnic.

„...možná aktuálnost na internetových stránkách, aby člověk měl možnost si zjistit co kdy, kde, člověk když je nezná, tak si potřebuje zjistit ty informace a až tak moc jich nebylo, spíš pak člověk čerpá od ostatních lidí, což může být zkreslený.“ (Jana, prvorodička, 27 let)

Dalším mínusem porodnic je malý výběr alternativních možností porodu, i když se o těchto porodech stále více mluví, není to součástí většiny porodnic.

„...nevím proč ty bazénky nebo vany nedělaj, jak se tak bavím, tak hodně maminek prostě by do toho šlo radši, než klasicky na křeslo. Všem se to zdá takový pohodlnější, uvolněnější. A prostě to, bohužel, není, pořád se o tom mluvilo, ale není to skoro v žádné nemocnici.“ (Eva, prvorodička, 28 let)

Velkým plusem porodnic, který rodičky opakovaně potvrzovaly, je zabezpečení neodkladné, akutní péče při jakýchkoli potížích. I když všechny považují porod za přirozenou záležitost, přece jen se bojí možných komplikací. Většina žen (mimo Kamily) věří lékařům, technice a dnešní medicíně a nechtějí „riskovat“ jakékoli ublížení sobě nebo dítěti.

„Já bych radši ten medicínský. Pro mě je to vnitřní jistota. 99 % člověk doufá, že se nic nestane, ale to 1 % je tam tak vysoké, že raději nebudu mít ten komfort, na úkor toho, že vím, že bude všechno v pořádku.“ (Zdena, prvorodička, 27 let).

13.8.3. Porod doma

Na otázku, jestli by uvažovaly o porodu doma, odpověděly těhotné nejčastěji ne, nebo v žádném případě. Část těhotných o dané možnosti neuvažovala z důvodu razantního odmítnutí a část nevěděla, že daná možnost existuje.

„Nikdy v žádném případě. Já porody doma neschvaluju v žádném případě.“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

Nejčastějším důvodem odmítnutí porodu doma byl strach o sebe a nenarozené dítě, dostatečně rychlé řešení event. komplikací. Není zabezpečena lékařská péče.

„...já to nerisknu z toho důvodu, že bych si to mohla vyčítat celý život, že jenom kvůli tomu, že jsem chtěla být v něčem speciální nebo doma a než se ke mně ta sanitka dostane, než mě to dítě odvezou a já budu mít alterované dítě, nebo celý život budu vědět, že jsem čekala zdravé dítě a jsem ho poškodila svým jednáním...“
(Jolana, prvorodička, 31 let)

Dalším uváděným záporem porodu doma bylo znečištění obydlí, nebo malý prostor domova.

„...tak jednak máme takovej malej byt, tak nevím, jak by sme se tam vešli...“ (Zita, prvorodička, 27 let)

Klady porodu doma viděli ženy v domácím prostředí, které znají a je méně stresující a v kruhu blízkých.

„Hlavní klady, že je člověk v tom svém prostředí, asi tak bych to brala.“ (Eva, prvorodička, 28 let)

„Matky říkají, že je to jiný prožitek, pro matku i pro partnera, není ve stresu z nemocničního prostředí, že je v přirozeném prostředí, doma to zná, má tam klid, protože v nemocnici můžou být několik na pokoji. Dítě má hned u sebe, výhody to bezesporu má.“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

Martina by o možnosti porodit doma uvažovala v případě druhého porodu, pokud by bylo fyziologické těhotenství, první porod proběhl bez komplikací a sanitka byla v případě komplikací na blízku. Líbil by se jí způsob porodu v Holandsku.

Kamila viděla veliké plus taky v možnosti rozhodovat, jak porod probíhá a nechat mu volný průběh. Při rozhodování u porodu druhého dítěte zvolila porod doma. Převládly klady nad eventuálními zápory. Rodička je ve známém prostředí, bez

přítomnosti cizích lidí a s porodní asistentkou, které věří. Žena je pak více klidná a v pohodě.

„...když jsem si sepsala pro a proti, tak mi jednoznačně jako všechno vyšlo proti tomu porodu v porodnici. Samozřejmě za předpokladů, že máte všechny indicie k tomu, že je to bezproblémový, dítě jako v pořádku...“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

„Prostě žádnéj stres, známé prostředí, které vám není jako nepříjemné, žádný cizí lidi, žádný vyšetřování, když máte stahy, prostě máte klid, pohodu a asistentku, který věříte, kterou znáte, plus jako podpora partnera...“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

13.8.4. Porodní dům

Některé maminky považovaly za příjemný, rozumný kompromis možnost porodit v porodním domě. Vědí, že daná možnost existuje již v některých státech v Evropě. Hlavní plus vidí v možnostech větších alternativ a zároveň v „příjemnějším“ prostředí. Očekávají také zlepšení chováním ze strany zdravotnického personálu.

„Takový kompromis mezi porodem v nemocnici a porodem doma by byl porodní dům. To si dokážu představit, ten by byl fajn.“ (Renata, prvorodička, 31 let)

Kamile by se líbila také možnost porodu v porodním domě se svou vlastní porodní asistentkou a lékař by byl zavolán jenom v případě nějakých komplikací.

„...že jako ta cesta k těm porodním domům, tak tomu říkám, že kdyby měly tak pět porodních boxů, kde můžete být s tou porodní asistentkou a pak klidně říct ano,...a doktor je tam až když něco bude...“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

13.9. Soupeřící koncepce vedení porodu.

Určité napětí mezi dvěma koncepcemi vedení porodu zaznamenala část rodiček. Všimly si, že se tyto informace začaly objevovat v médiích. Zitě přijdou názory porodních asistentek, které preferují přirozený porod, více vyhraněné než názory lékařů.

„Jo, docela jsem si všimla, že se o tom píše, že spousta těch porodních bab bojuje proti těm porodnicím a proti těm klasickým porodům...mi to přijde někdy až také moc vyhraněné...“ (Zita, prvorodička, 27 let)

Jolana vnímá jako velice vyhraněné také názory žen, které preferují porody doma.

„Ale takový ty ženský na internetu píšou, že by prostě do porodnice nikdy nešly, protože každé porodník je tam chce zabít.“ (Jolana, prvorodička, 31 let)

Martina zase oponovala, že lékaři se také nedívají s „chutí“ na přirozené porody, resp. na porody doma.

„Co mám kamarádku lékařku: „doufám, že nebudeš rodit doma, takovou šílenost“ tak mi padla na srdce, takže oni opravdu mají na to velmi negativní názory, říká, že je to hrozně nezodpovědné...“ (Martina, prvorodička,...)

Některé maminky nezaregistrovaly žádný „souboj“ těchto dvou koncepcí. Nevšimly si rozporů v dané oblasti.

„Ne nevšimla, já to nesleduju. Takže ne. To vůbec nevím.“ (Eva, prvorodička, 28 let)

Kamila si daného soupeření nejenom všimla, ale byla o dané problematice dobře informovaná. Viděla boj mezi lékaři a porodními asistentkami jako boj o kompetence a odpovědnost. Zastávala názor, že pokud nejde o komplikaci při porodu, neměl by lékař do probíhajícího porodu zasahovat a ponechat ho v kompetenci porodní asistentky.

„...jsou rizikový porody, nebo nějaké komplikace, ale když žádná není, tak prostě nechť je doktor na svém lékařském pokoji, vzdělává se, nebo spí, dělá užitečný věci než by otravoval rodičky...ale on se tam střetává boj těch doktorů a kdo bude mít zodpovědnost. A proč by nemohla mít zodpovědnost ta porodní asistentka? Proč má mít zodpovědnost jenom ten doktor?“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

13.10. Kdo má odpovědnost za porod?

Odpovědi rodiček můžeme rozdělit do tří kategorií. První část rodiček uvádí, že za porod, matku i dítě nese odpovědnost porodník, porodní asistentka, nezávisle na tom, jestli probíhá porod v porodnici nebo někde jinde.

„...musí být žena připravená, informovaná a mít tam tu porodní asistentku, která musí umět rozlišit kdy už to je hraniční a kdy se to dá porodit a kdy ne. A musí za to být zodpovědná. Jo, v té nemocnici, když se tohleto stane, tak je to jasný. Je tam lékař, sestra a musí se z toho vyvozovat důsledky...“ (Jolana, prvorodička, 31 let)

Další část rodiček dělí odpovědnost mezi rodičku (rodiče) a porodníka, porodní asistentku.

„...80 % je na té matce, která se pro to rozhodla, ale taky na té porodní asistenci. Nejenom na té ženě. Ta matka si vybrala родit doma, ale i ten co vede ten porod.“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

Kamila souhlasí, že za porod doma má být rozdělená odpovědnost mezi ženu a porodní asistentku. Hlavní odpovědnost je však na ženě, která si porod doma zvolila. Pokud chce žena odejít dřív z porodnice, tak přebírá veškerou odpovědnost za sebe a dítě sama. Kamile se dále nelíbí, že žena v nemocnici nemá žádnou odpovědnost. Má pocit, že žena přenesla odpovědnost na všechny ostatní v nemocnici, nebo jí byla v nemocnici odejmuta.

Překročením bran nemocnice jako by byla „zbavena svéprávnosti“. Lékař má odpovědnost pouze za svou práci, správné provedení lékařských úkonů. Nevidí přínos v podepisování souhlasů z důvodu, že žena neví, co se může v průběhu porodu, nebo operace stát.

„...když chcete odejít z porodnice po těch 24 hodinách, za to dítě máte odpovědnost vy a ne ten doktor. Určitě jako ono to tam ale nikde není (v zákoně), že má doktor odpovědnost za naše dítě.“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

„Protože ta ji totálně přenesla na všechny ostatní...vy nemůžete dát souhlas, když vůbec nebudete vědět, co se bude dít...“ (Kamila, druhorodička, 34 let)

V poslední skupině jsou rodičky, které zastávají názor, že za porod a zdraví své a svého dítěte odpovídají rodiče. Takže všechna odpovědnost je na nich, hlavně při volbě mimo porodnici.

„Ale v podstatě na té ženě, že když si to už takhle zvolí, tak předpokládám, že je informovaná o všem, co by mohlo nastat. Takže tohle asi po zralý úvaze, tak že by za to mohla být zodpovědná sama...Takže na té matce.“ (Martina, prvorodička, 30 let)

13.11. Koho u porodu?

13.11.1. Vedení porodu, kompetence

Všechny těhotné se shodly, že při porodu potřebují odbornou asistenci. Pouze z doslechu znají někoho, kdo porodil bez odborné pomoci. Žádná z nich by si však na takový porod netroufla.

„...sama? Tak to určitě ne, to bych se bála, bez odborné pomoci.“ (Marie, druhorodička, 34 let)

Na otázku, jestli vnímají rozdíl mezi lékařem a porodní asistentkou při vedení porodu, odpovídaly rodičky rozdílně. Některé maminky mezi nimi neviděly rozdíly skoro žádné, očekávaly, že jejich erudovanost a kompetence je stejná. Jiné vnímaly různé rozdíly.

„No já nevím, asi né...nevím, jestli by v nich měl být rozdíl, co se kvalifikace týče. Asi ho musí mít oba dva stejně...“ (Eva, prvorodička, 28 let)

Další rodičky neviděly skoro žádný rozdíl při vedení fyziologického porodu, při komplikacích však očekávaly vedení porodu od lékaře.

„Vést porod bude asistentka, ale bude tam i lékař, který si to přebere, když bude nějaký problém.“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

Kamila dává jednoznačně přednost při fyziologickém porodu porodní asistenci před lékařem.

Jana byla překvapená zjištěním, že porod vede také porodní asistentka, očekávala, že asistentka asistuje lékaři, který odvádí porod. Nevěděla, že fyziologické porody může vést taky porodní asistentka.

„No upřímně řečeno, jsem si myslela, že mě bude rodit vždycky doktor...původně jsem si myslela, že doktor rodí a asistentka jenom asistuje...“ (Jana, prvorodička, 27 let)

Jolana, která je zdravotníkem, vyjádřila určitý nesouhlas s tím, aby ji porodila studentka. Uvědomuje si, že praxe je pro studenty důležitá a sama se potřebovala kdysi připravit na svou profesi, nicméně porod pod vedením studentky odmítá.

„...vím, že oni musí, aby byli porodní báby mít 40 porodů, takže to někde musí získat, ale já prostě bych ráda, kdyby to získali někde jinde...nechci, aby mě rodila studentka.“ (Jolana, prvorodička, 31 let)

13.11.2. Doprovod u porodu

Koho s sebou do porodnice? Na tuto otázku měly těhotné ženy jasnou odpověď. Každá již měla vybranou osobu, se kterou plánuje strávit daný okamžik. Jednou z možností byl manžel, partner, který je považován za nejbližší osobu a od kterého se očekává hlavně psychická podpora. Zároveň je také některé maminky plánují „použít“ jako zprostředkovatele mezi sebou a zdravotnickým personálem.

„Partner je pro mě ten nejbližší člověk, že jo, a myslím si, že tohle se ho týká nejvíc, ze všech těch lidí, takže jasná volba...Hmmm si myslím, že to bude opora psychická, že mě podpoří.“ (Zita, prvorodička, 27 let)

„...já vím, že mám na to nárok zvonit na sestřičku, že něco potřebuju, takhle je mi to příjemnější, že bude kolem mě běhat. Že nemusím obtěžovat ten personál a vím, že u něj můžu.“ (Eva, prvorodička, 28 let)

Většina tatínků se o porod zajímá již v těhotenství, navštěvují s partnerkami (manželkami) předporodní kurzy, studují různou literaturu a chtějí spolurozhodovat o věcech týkajících se porodu.

I když většina partnerů plánuje strávit chvíle v porodnici s manželkou, není úplnou výjimkou také strach nebo obavy, které vyústí v jejich nepřítomnost na porodním sále. Danou situaci vystihuje Jolana, která uvedla, že u porodu nebude mít manžela právě z těchto obav, i když ona by ho měla ráda po svém boku.

„Já bych byla velice ráda, kdyby šel manžel, ale manžel se zdravotnictvím relativně bojí...prostě nechce do nemocnice.“ (Jolana, prvorodička, 27 let)

Za další osobu velice blízkou, kterou by si některé maminky rády vzaly k porodu (hned po manželovi, partnerovi) je jejich maminka. Je to osoba velice blízká, chápavá, zároveň již má zkušenost s vlastním porodem. Ne vždy však přichází v úvahu. Některé těhotné

uvedly, že maminka nepřichází v úvahu z důvodu velké vzdálenosti místa bydliště.

Zdena by měla ráda u porodu svého otce (lékař). I když ne přímo na porodním sále. Ráda by, aby v případě nějakých komplikací rozhodoval za ní.

„Jednoznačně bych chtěla, aby tam byl, kdyby se něco stalo, tak bych nechala rozhodovat jeho, protože můj otec je lékař.“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

Některé maminky uvažovaly taky o kamarádce, i když jiné tuto možnost úplně zamítly. Svoje rozhodnutí zdůvodňovaly blízkostí, nebo naopak cizostí kamarádek.

„Kdyby on nešel (manžel), tak určitě by šla nějaká kamarádka, protože ty už se o to praly, když on to nezvládne, tak pudou.“ (Eva, prvorodička, 28 let)

Rodičky většinou již slyšely o dulách, žádná si ji však neplánuje vzít k porodu. Těhotné měly trochu potíže s vymezením kompetencí duly. Některé si myslely, že jsou to porodní asistentky, jiné ani nevěděly, že daná možnost existuje. Výjimkou byla Jolana, která je medicínsky vzdělaná.

„...já jsem o tom slyšela...já jsem si právě myslela, že to je ta porodní asistentka, co připravuje na ten porod a potom odrodí...“ (Zita, prvorodička, 27 let)

Jolana si k porodu plánuje vzít porodní asistentku. Jako hlavní důvod uvádí to, že odborník ji pohlídá, určí, které příznaky jsou ještě v pořádku a které již můžou vést ke komplikacím. Je pro ni důležitá opora a důvěra.

„...ale mně se líbila ta porodní asistentka z toho důvodu, že mě ohlídá. To znamená, že když já se budu stěžovat na něco co mi je a ona řekne, to je v pořádku, to bude bolet anebo tohle se mi nelíbí, jo, už je to něco co musíme řešit. (Jolana, prvorodička, 27 let)

13.12. Rozdíly mezi těhotnými

13.12.1. Vnímání sebe samých

Těhotné přiznávají, že dnešní doba vedla k posunu věku, kdy mají ženy první dítě. Dnes již není výjimkou, že žena porodí první dítě ve věku kolem 30 let. Tento posun nahoru mění i jejich pohled na těhotenství a porod. Vidí se jako svědomitější, připravenější, vzdělanější atd.

„Vídám kolem sebe holky, kterým je 31, 32 a čekají první dítě. Vlastně nejsem tak stará, jenom doba je posunutá.“ (Eva, prvorodička, 28 let)

Rodička, která porodí v porodnici (klasický lékařský vedený porod) je vnímána mezi těhotnými jako „normální“, sebevědomá, vzdělaná, vědomá si rizik spojených s porodem.

„Prvorodička, vědoma si rizik, musí mít vlastní názor, protože nedá na názor dul, porodních asistentek, známých. Vzdělání vyšší.“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

Janou, Naďou a dalšími ženami jsou ženy, které volí porod doma, vnímány nejčastěji jako ženy z vesnice, s nižším vzděláním, bližším vztahem k přírodě. Ženy, které nerodí poprvé, jsou starší.

„Starší paní, pátý, šestý porod, vesnice, žena v domácnosti, taková ta představa, že si nechá to riziko tam, takový ten naturalistický, ta vesnice, pole, koně...“ (Naďa, prvorodička, 34 roků)

„Ale na tý vesnici na druhou stranu můžou mít blízko k přírodě a rodit více doma, ty žijou v tý chatrči, jedí na pastvě, tak ty pak můžou dospět k názoru, že můžou rodit doma.“ (Jana, prvorodička, 27 let)

Lucie si zase myslí, že to můžou být ženy, které neuznávají novou technologii, snaží se žít jako jejich babičky.

„...jako moje kamarádka, která neuznává nové technologie, chce dělat všechno, jak dělaly naše babičky...nebo že by ji do toho

přítel, nebo rodiče natlačili...já nevím...“ (Lucie, prvorodička, 27 let)

S tímto názorem nesouhlasí Kamila a Renata, které tvrdí, že pro porod doma, nebo pro alternativu, se rozhodnou ženy spíše vysokoškolsky vzdělané a z větších měst.

„právě ty maminky co mají vyšší vzdělání, víc si čtou ty všechny diskuze a příspěvky, a umějí si to přebrat samy, takže ty budou víc nakloněný alternativním porodům.“ (Renata, prvorodička, 31 let)

Podle Jany je alternativní způsob porodu módní záležitostí a zvolí ho spíše ženy, které jsou vzdělanější, protože o alternativách vědí, mají přístup na internet a tím pádem víc informací. Také si ale uvědomují riziko spojené s porodem doma a proto by tuto možnost nevolily.

„Většina žen volí klasický porod, a kdo dá víc na módu a na dobu, tak se víc přiklání k té alternativě...“ (Jana, prvorodička, 27 let)

Zita si zase myslí, že alternativní porod si zvolí žena, která má alternativní již způsob svého života.

„...pro ten alternativní porod si představuju, že se rozhodne nějaká alternativní mamina, nějaká jako vegetariánky, nebo co žije takovým tím alternativním způsobem života...asi nějaká feministka možná...“ (Zita, prvorodička, 27 let)

Finanční stránka je považována za důležitou při volbě porodu a věcí s tím spojených. Již v těhotenství ženy vnímají, že ne každá těhotná v jejich okolí si může dovolit nakoupit vše, co by si přála, i když je to velmi časté téma rozhovoru.

„...a tam byla jedna taková maminka a ta říká co je to za podložku? A kolik to stojí? Dva tisíce? Jo, tak to už nedám...“ (Jolana, prvorodička, 31 let)

13.13. Co si můžeme, máme vybrat a co již ne?

13.13.1. Máme právo si vybrat způsob porodu?

Tuto možnost vnímají těhotné rozdílně. Kamila je stoprocentně přesvědčená, že je to její volba a všichni ji musí respektovat. Je svéprávná osoba a proto má právo si vybrat způsob porodu.

Jolana zase zastává názor, že bychom si měly nechat poradit od odborníků, tak jako v jiných případech v našem životě. Důvěřuje medicíně a zdravotnickému personálu, že koná s nejlepším úmyslem, prověřeným v praxi. Než vlastní „pohodlí“ je pro ni důležitější její zdraví a zdraví dítěte.

„...když se něco stane, já si budu vyčítat celý život, že jsem nechtěla trošku nepohodlí obětovat... „ (Jolana, prvorodička, 31 let)

„...když můžu za každou věc chtít odborníka, tak mi jde i o tohle to...“ (Jolana, prvorodička, 31 let)

Většina dotazovaných by však uvítala možnost vybrat si polohu u porodu a možnost většího rozhodování u porodu.

Možnost výběru porodu císařským řezem rodičky spíše zaskočila. Po zvážení této možnosti, však souhlasily, aby daná možnost byla za určitých podmínek na výběr.

„Jako na druhou stranu, jestli se jakákoliv žena bojí normálního porodu a pokud to nezpůsobuje nějaký jiný potíže, tak asi proč ne.“ (Eva, prvorodička, 28 let)

Kamila si vybrala druhý porod doma, proto jednoznačně zastává názor, že rodička si má právo vybrat nejenom způsob, ale i místo porodu.

13.13.2. Můžeme si vybrat místo porodu?

Zde se nám rodičky rozdělily na ty, které by povolily pouze porody v porodnici a ty, které by daly do kompetence matce, kde porodí své dítě.

Jolana a Jana by nepovolily možnost výběru porodu doma. Jana ani žádnou jinou možnost než porod v porodnici.

„...a ona by řekla, já budu rodit doma, výborně tak můžete. To bych asi nedělala.“ (Jolana, prvorodička, 31 let)

„Myslím si, že ta bezpečnost té ženy a miminka je důležitá a tohle oproti tomu a myslím si, že v té porodnici není takovýhle diskomfort, aby si kvůli tomu musel člověk vymýšlet takovýhle „atrakce“.“ (Jana, prvorodička, 27 let)

Jolana by dala na výběr mimo porodu v porodnici také porod v porodním domě. Ví, že porodní domy fungují v zahraničí a považuje to za dobrý kompromis mezi porodem v nemocnici a porodem doma.

„Já bych umožnila třeba rodit v nemocnici, nebo v porodním domě.“ (Jolana, prvorodička, 31 let)

Nejenom Kamila, ale i další ženy po určitém přemýšlení a váhání by nechaly v kompetenci každé rodičky zvolit si místo porodu. Myslí si, že žena by měla mít možnost jakéhokoli výběru.

13.13.3. Porodní plán

Za určitý projev spolurozhodování považují těhotné možnost sepsat porodní plán. Sepíšou tam své názory, postřehy, postupy, které považují za potřebné a taky to, co již nechtějí. Některé si daný dokument sepíšou, jiné to nepovažují za důležité, a to z důvodu těžké předvídatelnosti průběhu porodu.

„Určitě dneska můžou cokoliv. Zkušenosti jsou i takové, že si matka přinese 2 A4, co chce pouštět za hudbu, co se týče medikace atd.“ (Zdena, prvorodička, 27 let)

„Mě to přijde jako takové vymýšlení ...mě osobně by to nepomohlo ani psychicky, já zatím představu nemám žádnou a vkládám se do rukou lékařů a sester, s tím, že jim důvěřuju...“ (Nad'a, prvorodička, 34 roků)

Martina si porodní plán plánuje sepsat, protože porodní asistentky v porodnici, kde porodí, jí to samy navrhy. Danou možnost považuje za jednoznačně přínosnou.

„...na papír sepišu, jak si to zhruba asi představuju, tak asi něco takovýho jim tam přinesu, oni sami mi řekly, že mám přinést porodní plán, že podle něj budou postupovat, takže něco napíšu.“ (Martina, prvorodička, 30 let)

13.14. Co má být hrazené ze zdravotního pojištění a co již ne?

Rodičky se shodují, že „zdarma“ by měla být kvalitní zdravotní péče a platit by se měly alternativní porody, nebo porody doma.

„Ať je kvalitní základní péče a to co chceme navíc, například porod do vany, tak to si zaplatíme...“ (Marie, druhorodička, 34 let)

Souhlasí s připlácením nadstandardu a dalších nadstandardních služeb (alternativní porod, porod doma, porod v porodním domě). Měly by mít na výběr, pokud rodička má prostředky a rozhodne se jich využít pro zlepšení svého komfortu.

...jestli budu mít péči lepší, já si to klidně zaplatím...jsem zvyklá za lepší péči dávat peníze navíc...já bych chtěla, aby to bylo automaticky na výběr...“ (Renata, prvorodička, 31 let)

14. Závěr

Porod je významným sociálním činitelem v životě ženy, její rodiny i nejbližšího okolí a také je sám sociálně konstruován.

Vnímání porodu se v průběhu staletí měnilo a tento cyklus bude nepochybně probíhat i nadále. To, co bylo v minulosti považováno za běžné a „normální“, je dnes spíše okrajové, alternativní. Na této koncepci dlouholetého osvědčení a praktikování staví zastánci přirozeného porodu. Poukazují na výhody individuálního přístupu, respektování přání rodičky a nesouhlasí s přílišnou medikalizací porodu a „neomylností“ techniky. Zastánci lékařsky vedeného porodu však poukazují na možnost vzniku komplikací v průběhu porodu (nemožnost jejich odhalení pokaždé včas) a schopnost pomocí dnešní techniky a postupů danou situaci vyřešit. I když je tato problematika v médiích probíraná stále více a více, ne všechny rodičky si povšimly soupeření těchto dvou koncepcí vedení porodu. Věděly však, že mají větší, nebo menší možnost ve výběru alternativních porodů či místa porodu.

Rodičky bychom mohli rozdělit do tří skupin (typů) na základě toho jak problematiku porodu vidí, co preferují a jak si plánují svůj vlastní porod. Prvním typem jsou rodičky („klasičky“), které svůj porod plánují v porodnici, pod lékařským dohledem (nebo dohledem porodní asistentky), souhlasí s jejich postupy a alternativní porod u nich nepřichází v úvahu. Jeho klady nepovažují za dostatečné, nebo schopné vyvážit možná rizika. V druhé skupině jsou ženy („experimentátorky“), které rovněž plánují porodit v porodnici, kde by uvítaly možnost porodit alternativně (do vody, na pytli atd.), nebo si porodnici vybírají již na základě možností tyto nároky uspokojit. Třetím typem jsou rodičky („přírodní“), u kterých jednoznačně převyšují klady přirozeného porodu (porodu doma) před lékařsky vedeným porodem v porodnici. Nesouhlasí s medikalizací, lékařskými zásahy (neadekvátní) a nemožností se podílet na rozhodování o svém těle a porodu.

Tyto jednotlivé typy rodiček se pak různě staví k otázkám kompetencí zdravotnického personálu, možností vlastního zásahu do průběhu porodu, odpovědnosti za průběh porodu a celkového vnímání porodu jako takového. Je to vidět také na příkladu vnímání porodu jako rizikového, nebo přirozeného. I když se rodičky shodly, že je to fyziologická záležitost, přece jen některé viděly riziko komplikací jako výrazné („klasičky“) a jiné si možnost komplikací vůbec nepřipouštěly („přírodní rodičky“).

Co ženy nejvíce ovlivňuje při jejich rozhodování? Odpovědi byly různorodé. I když všechny se o porod zajímají a studovaly různou literaturu a získávaly co nejvíce informací, přece jenom jejich konečné rozhodnutí ovlivnil hlavně jejich prvotní postoj a přesvědčení. Argumenty té či oné koncepce je sice vedou k zamyšlení a někdy i váhání, nicméně se nakonec opět rozhodnou pro ten prvotní postoj.

Systém zdravotní péče v posledních letech procházel řadou změn, které změnily jeho podobu, postoj ve vztahu k rodičkám i nabízeným službám. Jak již bylo zmíněno, porodnice se snaží více přizpůsobovat požadavkům rodiček, které se tak stávají výraznou hybnou silou proměňující české porodnictví. Dochází ke komercializaci mezi porodnicemi. Danou situaci rodičky rozhodně vítají, protože se porodnice o ně musely „prát“ a to působí jejich postupnou proměnu. I když v současnosti se paradoxně rodičky „perou“ o porodnice (porodní boom), po poklesu porodnosti se očekává návrat do daného stavu. Přece jenom to způsobilo otvírání porodnic a jejich celkovou proměnu.

Sociální nerovnosti mezi rodičkami dále mezi nimi umožnily rozvinutí určitého konzumerismu. S daným pojmem je neodmyslitelně spjata hnutí přirozeného porodu. Všechny rodičky souhlasí s větší možností výběru a jejich participací na rozhodnutí. Pořád však vidí mezery a možnosti dalšího vývoje k lepšímu.

Daná problematika se stále více dostává do povědomí medií a otvírá se široké veřejnosti. Lidé se snaží stále více a více zasahovat a rozhodovat v oblasti, která byla ještě do nedávna jako neohrožitelná, nenapadnutelná. Daný trend bude určitě narůstat dál, a proto by bylo

zajímavé v dané problematice pokračovat a tento fenomén prozkoumat podrobněji. Rodičky sdělily několik zajímavých postojů a vysvětlení, které by se mohly stát podkladem pro další vědecké bádání a tak nám pomohly více porozumět těmto vztahům.

15. Použitá literatura

1. Babyonline. [online] Porod, předporodní příprava, porod do vody. 11/2009 [cit. 2009-9-1]. Dostupné z [www: www.babyonline.cz](http://www.babyonline.cz)
2. Bartlová, S.: Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny. Brno; Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 1994
3. Breckwoldt, M. – Fabelová, G. – Martius, G. – Martius, J. – Pfleiderer, A. – Schneider H.: Gynekológia a porodnictvo. Martin; Osveta 1997
4. Čech, E. – Hájek, Z. – Maršál, K. – Srp, B. a kol.: Porodnictví. Praha; Grada Publishing 2006
5. Český statistický úřad. [online] Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2008. 11. 9. 2009 [cit. 2009-9-1]. Dostupné z [www: http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4007-09](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4007-09)
6. Doležal, A.: Od babictví k porodnictví. Praha; Karolinum 2001
7. Duffková, J.-Urban, L. -Dubský, J.: Sociologie životního stylu. Plzeň; Aleš Čeněk 2008
8. eMimino. [online] Těhotenství a porod v Německu. 11. 4. 2007 [cit. 2009-9-1]. Dostupné z [www: http://www.emimino.cz/denicky/tehotenstvi-a-porod-v-nemecku-5551/](http://www.emimino.cz/denicky/tehotenstvi-a-porod-v-nemecku-5551/)
9. Giddens, A.: Sociologie. Praha; Argo 2004
10. Goer, H.: Průvodce přemýšlivé ženy na cestě lepšímu porodu. Praha; One Woman Press 2002
11. Hanáková, P. – Heczková, L. – Kalivodová, E.: V bludném kruhu. Mateřství a vychovatelství jako paradoxy modernity. Praha; SLON 2006

12. Hašková, H.: Názorové diferenciacie k současným změnám v českém porodnictví. Praha; Sociologický ústav AV ČR 2001
13. Haškovcová, H.: Lékařská etika. Praha; Galén 2002
14. Hendl, J.: Kvalitativní výzkum. Praha; Portál 2008
15. Hrešanová, E. – Hasmanová Marhánková, J.: Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. In: Sociologický časopis, roč. 44, 2008, č. 1, s. 87-111
16. Jandourek, J.: Sociologický slovník. Praha; Portál 2001
17. Kameníková, M.: Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou. In: Moderní babičství 7, roč. 7, 2005, č. 7, s. 4-10
18. Kapr, J. – Koukola, B.: Pacient: Revoluce v poskytování péče. Praha; SLON 1998
19. Kapr, J. – Linhart, J. – Fišerová, V. – Vodáková, A.: Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Praha; Sociologické nakladatelství 1997
20. Klaus, M. – Kennell, J. – Klaus, P.: Porod s doulou. Rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu. Praha; One Woman Press 2004
21. Křížová E.: Proměny lékařské profese z pohledu sociologie. Praha; SLON 2006
22. Křížková, A.: Sociologické studie. Životní strategie podnikatelek a podnikatelů na přelomu tisíciletí. Praha; Sociologický ústav AV ČR 2004
23. Křížová, E. a kol.: Alternativní medicína. Praha; Karolinum 2004
24. Linhart, J. – Maříková, H. – Petrušek, M. – Vodáková, A.: Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Praha; SLON 1997

25. Marek, V.: Nová doba porodní. Praha; Eminent 2002
26. Maříková, H. – Petrusek, M. – Vodáková, A. a kol.: Velký sociologický slovník. Praha; Karolinum 1993
27. Naše porodnice. [online] Porodní plán. 11/2009 [cit. 2009-10-5]. Dostupné z www: www.naseporodnice.cz/porodni-plan.php
28. Normální porod. [online] Definice normální porod dle WHO. 11/2009 [cit. 2009-9-20]. Dostupné z www: www.normaliniporod.cz
29. Parlament České republiky. Poslanecká sněmovna. [online] Listina základních práv a svobod. 16. 12. 1992 [cit. 2009-11-12]. Dostupné z www: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
30. Porodnice. [online] Porod. [cit. 2009-9-15]. Dostupné z www: <http://www.porodnice.com/porod>
31. Porodníci. [online] Frederic Leboyer. Porody doma Nizozemsko. 9/2006 [cit. 2009-10-8]. Dostupné z www: www.porodnici.cz
32. Porter, R.: Největší dobrodiní lidstva. Historie medicíny od starověku po současnost. Praha, Prostor 2001
33. Právní informační systém. [online] Zákon České národní rady o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Poslední změna 9. 11. 2009 [cit. 2009-11-16]. Dostupné z www: http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1992/160992/Sb_160992_-----_.php
34. Přirozený porod. [online] Porod doma, ambulantní porod, poloha u porodu. 11/2009 [cit. 2009-9-26]. Dostupné z www: www.propp.cz/cz
35. Rastislavová, K.: Aplikovaná psychologie porodnictví. Praha; Area s.r.o. 2008

36. Rodina. [online] Rodila jsem v Holandsku. 9. 5. 2002 [cit. 2009-10-5]. Dostupné z www: <http://www.rodina.cz/clanek2497.htm>
37. Schreiber, V.: Medicína na přelomu tisíciletí. Praha; Academia 2000
38. Simkinová, P.: Partner u porodu. Praha; Argo 2000
39. Slobodová, H.: O Hebamme, aneb co vše dělají porodní asistentky v Německu. [online] Rodina.cz. 25.4.2001 [cit. 2009-9-19]. Dostupné z www: <http://www.rodina.cz/clanek1782.htm>
40. Sovová, P.: Cesty ke spokojenému porodu. Praha; Hnutí za aktivní mateřství 2009
41. Sucha, D.: Zpráva-Dotazník o porodech mimo zdravotnická zařízení . [online] UNIPA.cz. 2009 [cit. 2009-11-20]. Dostupné z www: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=23&Itemid=60
42. Svobodný, P. a kol.: České zdravotnictví. Vize a skutečnost. Složitě peripetie od plánů k realizaci. Praha; Karolinum 2005
43. Štromerová, Z.: Možnost volby. Praha; Argo 2005
44. Vránová, V.: Historie babictví a současnost porodní asistence. Olomouc; Univerzita Palackého v Olomouci 2007
45. Výchova ke zdraví. [online] Definice zdraví dle WHO. 11/2009 [cit. 2009-11-19]. Dostupné z www: www.vychovakezdravi.cz/index.php
46. Wikipedie: otevřená encyklopedie [online]. St Petersburg (Florida): založení Wikimedia 2001-, poslední změna 29.3.2009 [cit. 30.3.2009]. Dostupné z www: http://cs.wikipedia.org/wiki/Hlavn%C3%AD_strana

16. Seznam příloh

Příloha č.1 – Porody v porodnici na území Československa

Příloha č.2 – Listina základních práv a svobod

Příloha č.3 – Je podle Vás možné kombinovat lékařskou profesi s rodinnými povinnostmi?

Příloha č.4 – Zasahuje podle Vás lékařská profese negativně do Vašeho soukromého života?

Příloha č.5 – Návod rozhovoru

Příloha č.1

Tabulka č.1: Porody v porodnici na území Československa

Rok	1937	1946	1950	1955	1960	1965	1970	1975
Počet % ze všech porodů	18,5	31	44	79,4	93,7	97,8	99	99,6

Pramen: Sociologický ústav Akademie věd České republiky. Dostupné z: Hašková,H.: Názorové difference k současným změnám v Českém porodnictví. Praha; Sociologický ústav AV ČR 2001, str. 48, upraveno: Andrea Mrázová

Příloha č.2

Listina základních práv a svobod

USNESENÍ
předsednictva České národní rady
ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení
LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD
jako součásti ústavního pořádku České republiky.

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.
Předsednictvo České národní rady se usneslo takto:

Předsednictvo České národní rady vyhlašuje LISTINU ZÁKLADNÍCH PRÁV A
SVOBOD jako součást ústavního pořádku České republiky.

Uhde v.r.

LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD

Federální shromáždění na základě návrhů České národní rady a Slovenské národní rady, uznávajíc neporušitelnost přirozených práv člověka, práv občana a svrchovanost zákona, navazujíc na obecně sdílené hodnoty lidství a na demokratické a samosprávné tradice našich národů, pamětlivo trpkých zkušeností z dob, kdy lidská práva a základní svobody byly v naší vlasti potlačovány, vkládajíc naděje do zabezpečení těchto práv společným úsilím všech svobodných národů, vycházejíc z práva českého národa a slovenského národa na sebeurčení, připomínajíc si svůj díl odpovědnosti vůči budoucím generacím za osud veškerého lidstva na Zemi a vyjadřujíc vůli, aby se Česká a Slovenská Federativní Republika důstojně zařadila mezi státy, jež tyto hodnoty ctí, usneslo se na této Listině základních práv a svobod:

Hlava první

Obecná ustanovení

Článek

1

Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.

Článek

2

- (1) Stát je založen na demokratických hodnotách a nesmí se vázat ani na výlučnou ideologii, ani na náboženské vyznání.
(2) Státní moc lze uplatňovat jen v případech a v mezích stanovených zákonem, a to způsobem, který zákon stanoví.
(3) Každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá.

Článek

3

- (1) Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.
(2) Každý má právo svobodně rozhodovat o své národnosti. Zakazuje se jakékoli ovlivňování tohoto rozhodování a všechny způsoby nátlaku směřující k odnárodňování.

(3) Nikomu nesmí být způsobena újma na právech pro uplatňování jeho základních práv a svobod.

Článek

4

(1) Povinnosti mohou být ukládány toliko na základě zákona a v jeho mezích a jen při zachování základních práv a svobod.

(2) Meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených Listinou základních práv a svobod (dále jen "Listina") upraveny pouze zákonem.

(3) Zákonná omezení základních práv a svobod musí platit stejně pro všechny případy, které splňují stanovené podmínky.

(4) Při používání ustanovení o mezích základních práv a svobod musí být šetřeno jejich podstaty a smyslu. Taková omezení nesmějí být zneužívána k jiným účelům, než pro které byla stanovena.

Hlava druhá

Lidská práva a základní svobody

Oddíl první

Základní lidská práva a svobody

Článek

5

Každý je způsobilý mít práva.

Článek

6

(1) Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.

(2) Nikdo nesmí být zbaven života.

(3) Trest smrti se nepřipouští.

(4) Porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné.

Článek

7

(1) Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.

(2) Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.

Článek

8

(1) Osobní svoboda je zaručena.

(2) Nikdo nesmí být stíhán nebo zbaven svobody jinak než z důvodů a způsobem, který stanoví zákon. Nikdo nesmí být zbaven svobody pouze pro neschopnost dostat smluvnímu závazku.

(3) Obviněného nebo podezřelého z trestného činu je možno zadržet jen v případech stanovených v zákoně. Zadržená osoba musí být ihned seznámena s důvody zadržení, vyslechnuta a nejpozději do 48 hodin propuštěna na svobodu nebo odevzdána soudu. Soudce musí zadrženou osobu do 24 hodin od převzetí vyslechnout a rozhodnout o vazbě, nebo ji propustit na svobodu.

(4) Zatknout obviněného je možno jen na písemný odůvodněný příkaz soudce. Zatčená osoba musí být do 24 hodin odevzdána soudu. Soudce musí zatčenou osobu do 24 hodin od převzetí vyslechnout a rozhodnout o vazbě nebo ji propustit na svobodu.

(5) Nikdo nesmí být vzat do vazby, leč z důvodů a na dobu stanovenou zákonem a na základě rozhodnutí soudu.
(6) Zákon stanoví, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu. Takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do 7 dnů.

Článek

9

(1) Nikdo nesmí být podroben nuceným pracím nebo službám.
(2) Ustanovení odstavce 1 se nevztahuje na:
a) práce ukládané podle zákona osobám ve výkonu trestu odnětí svobody nebo osobám vykonávajícím jiný trest nahrazující trest odnětí svobody,
b) vojenskou službu nebo jinou službu stanovenou zákonem namísto povinné vojenské služby,
c) službu vyžadovanou na základě zákona v případě živelních pohrom, nehod, nebo jiného nebezpečí, které ohrožuje životy, zdraví nebo značné majtkové hodnoty,
d) jednání uložené zákonem pro ochranu života, zdraví nebo práv druhých.

Článek

10

(1) Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.
(2) Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života.
(3) Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.

Článek

11

(1) Každý má právo vlastnit majetek. Vlastnické právo všech vlastníků má stejný zákonný obsah a ochranu. Dědění se zaručuje.
(2) Zákon stanoví, který majetek nezbytný k zabezpečování potřeb celé společnosti, rozvoje národního hospodářství a veřejného zájmu smí být jen ve vlastnictví státu, obce nebo určených právnických osob; zákon může také stanovit, že určité věci mohou být pouze ve vlastnictví občanů nebo právnických osob se sídlem v České a Slovenské Federativní Republice.
(3) Vlastnictví zavazuje. Nesmí být zneužito na újmu práv druhých anebo v rozporu se zákonem chráněnými obecnými zájmy. Jeho výkon nesmí poškozovat lidské zdraví, přírodu a životní prostředí nad míru stanovenou zákonem.
(4) Vyvlastnění nebo nucené omezení vlastnického práva je možné ve veřejném zájmu, a to na základě zákona a za náhradu.
(5) Daně a poplatky lze ukládat jen na základě zákona.

Článek

12

(1) Obydlí je nedotknutelné. Není dovoleno do něj vstoupit bez souhlasu toho, kdo v něm bydlí.
(2) Domovní prohlídka je přípustná jen pro účely trestního řízení, a to na písemný odůvodněný příkaz soudce. Způsob provedení domovní prohlídky stanoví zákon.
(3) Jiné zásady do nedotknutelnosti obydlí mohou být zákonem dovoleny, jen je-li to v demokratické společnosti nezbytné pro ochranu života nebo zdraví osob, pro ochranu práv a svobod druhých anebo pro odvrácení závažného ohrožení veřejné bezpečnosti a pořádku. Pokud je obydlí užíváno také pro podnikání nebo provozování jiné hospodářské činnosti, mohou být takové zásahy zákonem dovoleny, též je-li to nezbytné pro plnění úkolů veřejné správy.

Článek

13

Nikdo nesmí porušit listovní tajemství ani tajemství jiných písemností a záznamů, ať již uchovávaných v soukromí, nebo zasílaných poštou anebo jiným způsobem, s výjimkou případů a způsobem, které stanoví zákon. Stejně

se zaručuje tajemství zpráv podávaných telefonem, telegrafem nebo jiným podobným zařízením.

Článek

14

- (1) Svoboda pohybu a pobytu je zaručena.
- (2) Každý, kdo se oprávněně zdržuje na území České a Slovenské Federativní Republiky, má právo svobodně je opustit.
- (3) Tyto svobody mohou být omezeny zákonem, jestliže je to nevyhnutelné pro bezpečnost státu, udržení veřejného pořádku, ochranu zdraví nebo ochranu práv a svobod druhých a na vymezených územích též z důvodu ochrany přírody.
- (4) Každý občan má právo na svobodný vstup na území České a Slovenské Federativní Republiky. Občan nemůže být nucen k opuštění své vlasti.
- (5) Cizinec může být vyhoštěn jen v případech stanovených zákonem.

Článek

15

- (1) Svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání je zaručena. Každý má právo změnit své náboženství nebo víru anebo být bez náboženského vyznání.
- (2) Svoboda vědeckého bádání a umělecké tvorby je zaručena.
- (3) Nikdo nemůže být nucen vykonávat vojenskou službu, pokud je to v rozporu s jeho svědomím nebo s jeho náboženským vyznáním. Podrobnosti stanoví zákon.

Článek

16

- (1) Každý má právo svobodně projevovat své náboženství nebo víru buď sám nebo společně s jinými, soukromě nebo veřejně, bohoslužbou, vyučováním, náboženskými úkony nebo zachováváním obřadu.
- (2) Církev a náboženské společnosti spravují své záležitosti, zejména ustavují své orgány, ustanovují své duchovní a zřizují řeholní a jiné církevní instituce nezávisle na státních orgánech.
- (3) Zákon stanoví podmínky vyučování náboženství na státních školách.
- (4) Výkon těchto práv může být omezen zákonem, jde-li o opatření v demokratické společnosti nezbytná pro ochranu veřejné bezpečnosti a pořádku, zdraví a mravnosti nebo práv a svobod druhých.

Oddíl druhý

Politická práva

Článek

17

- (1) Svoboda projevu a právo na informace jsou zaručeny.
- (2) Každý má právo vyjadřovat své názory slovem, písmem, tiskem, obrazem nebo jiným způsobem, jakož i svobodně vyhledávat, přijímat a rozšiřovat ideje a informace bez ohledu na hranice státu.
- (3) Cenzura je nepřípustná.
- (4) Svobodu projevu a právo vyhledávat a šířit informace lze omezit zákonem, jde-li o opatření v demokratické společnosti nezbytná pro ochranu práv a svobod druhých, bezpečnost státu, veřejnou bezpečnost, ochranu veřejného zdraví a mravnosti.
- (5) Státní orgány a orgány územní samosprávy jsou povinny přiměřeným způsobem poskytovat informace o své činnosti. Podmínky a provedení stanoví zákon.

Článek

18

- (1) Petiční právo je zaručeno; ve věcech veřejného nebo jiného společného zájmu má každý právo sám nebo s jinými se obracet na státní orgány a orgány územní samosprávy s žádostmi, návrhy a stížnostmi.
- (2) Petiči se nesmí zasahovat do nezávislosti soudu.

(3) Peticemi se nesmí vyzývat k porušování základních práv a svobod zaručených Listinou.

Článek

19

(1) Právo pokojně se shromažďovat je zaručeno.
(2) Toto právo lze omezit zákonem v případech shromáždění na veřejných místech, jde-li o opatření v demokratické společnosti nezbytná pro ochranu práv a svobod druhých, ochranu veřejného pořádku, zdraví, mravnosti, majetku nebo pro bezpečnost státu. Shromáždění však nesmí být podmíněno povolením orgánu veřejné správy.

Článek

20

(1) Právo svobodně se sdružovat je zaručeno. Každý má právo spolu s jinými se sdružovat ve spolcích, společnostech a jiných sdruženích.
(2) Občané mají právo zakládat též politické strany a politická hnutí a sdružovat se v nich.
(3) Výkon těchto práv lze omezit jen v případech stanovených zákonem, jestliže to je v demokratické společnosti nezbytné pro bezpečnost státu, ochranu veřejné bezpečnosti a veřejného pořádku, předcházení trestným činům nebo pro ochranu práv a svobod druhých.
(4) Politické strany a politická hnutí, jakož i jiná sdružení jsou odděleny od státu.

Článek

21

(1) Občané mají právo podílet se na správě veřejných věcí přímo nebo svobodnou volbou svých zástupců.
(2) Volby se musí konat ve lhůtách nepřesahujících pravidelná volební období stanovená zákonem.
(3) Volební právo je všeobecné a rovné a vykonává se tajným hlasováním. Podmínky výkonu volebního práva stanoví zákon.
(4) Občané mají za rovných podmínek přístup k voleným a jiným veřejným funkcím.

Článek

22

Zákonná úprava všech politických práv a svobod a její výklad a používání musí umožňovat a ochraňovat svobodnou soutěž politických sil v demokratické společnosti.

Článek

23

Občané mají právo postavit se na odpor proti každému, kdo by odstraňoval demokratický řád lidských práv a základních svobod, založený Listinou, jestliže činnost ústavních orgánů a účinné použití zákonných prostředků jsou znemožněny.

Hlava třetí

Práva národnostních a etnických menšin

Článek

24

Příslušnost ke kterékoli národnostní nebo etnické menšině nesmí být nikomu na újmu.

Článek

25

(1) Občanům tvořícím národní nebo etnické menšiny se zaručuje všestranný rozvoj, zejména právo společně s jinými příslušníky menšiny rozvíjet vlastní kulturu, právo rozšiřovat a přijímat informace v jejich mateřském jazyku a sdružovat se v národnostních sdruženích. Podrobnosti stanoví zákon.
(2) Občanům příslušejícím k národnostním a etnickým menšinám se za

podmínek stanovených zákonem zaručuje též
a) právo na vzdělání v jejich jazyku,
b) právo užívat jejich jazyka v úředním styku,
c) právo účasti na řešení věcí týkajících se národnostních a etnických menšin.

Hlava čtvrtá

Hospodářská, sociální a kulturní práva

Článek

26

(1) Každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu, jakož i právo podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost.
(2) Zákon může stanovit podmínky a omezení pro výkon určitých povolání nebo činností.
(3) Každý má právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací. Občany, kteří toto právo nemohou bez své viny vykonávat, stát v přiměřeném rozsahu hmotně zajišťuje; podmínky stanoví zákon.
(4) Zákon může stanovit odchylnou úpravu pro cizince.

Článek

27

(1) Každý má právo svobodně se sdružovat s jinými na ochranu svých hospodářských a sociálních zájmů.
(2) Odborové organizace vznikají nezávisle na státu. Omezovat počet odborových organizací je nepřípustné, stejně jako zvýhodňovat některé z nich v podniku nebo v odvětví.
(3) Činnost odborových organizací a vznik a činnost jiných sdružení na ochranu hospodářských a sociálních zájmů mohou být omezeny zákonem, jde-li o opatření v demokratické společnosti nezbytná pro ochranu bezpečnosti státu, veřejného pořádku nebo práv a svobod druhých.
(4) Právo na stávku je zaručeno za podmínek stanovených zákonem; toto právo nepřísluší soudcům, prokurátorům, příslušníkům ozbrojených sil a příslušníkům bezpečnostních sborů.

Článek

28

Zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky. Podrobnosti stanoví zákon.

Článek

29

(1) Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky.
(2) Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.
(3) Podrobnosti stanoví zákon.

Článek

30

(1) Občané mají právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci, jakož i při ztrátě živitele.
(2) Každý, kdo je v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek.
(3) Podrobnosti stanoví zákon.

Článek

31

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Článek

32

- (1) Rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona. Zvláštní ochrana dětí a mladistvých je zaručena.
- (2) Ženě v těhotenství je zaručena zvláštní péče, ochrana v pracovních vztazích a odpovídající pracovní podmínky.
- (3) Děti narozené v manželství i mimo ně mají stejná práva.
- (4) Péče o děti a jejich výchova je právem rodičů; děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona.
- (5) Rodiče, kteří pečují o děti, mají právo na pomoc státu.
- (6) Podrobnosti stanoví zákon.

Článek

33

- (1) Každý má právo na vzdělání. Školní docházka je povinná po dobu, kterou stanoví zákon.
- (2) Občané mají právo na bezplatné vzdělání v základních a středních školách, podle schopností občana a možností společnosti též na vysokých školách.
- (3) Zřizovat jiné školy než státní a vyučovat na nich lze jen za podmínek stanovených zákonem; na takových školách se může vzdělání poskytovat za úplatu.
- (4) Zákon stanoví, za jakých podmínek mají občané při studiu právo na pomoc státu.

Článek

34

- (1) Práva k výsledkům tvůrčí duševní činnosti jsou chráněna zákonem.
- (2) Právo přístupu ke kulturnímu bohatství je zaručeno za podmínek stanovených zákonem.

Článek

35

- (1) Každý má právo na příznivé životní prostředí.
- (2) Každý má právo na včasné a úplné informace o stavu životního prostředí a přírodních zdrojů.
- (3) Při výkonu svých práv nikdo nesmí ohrožovat ani poškozovat životní prostředí, přírodní zdroje, druhové bohatství přírody a kulturní památky nad mírou stanovenou zákonem.

Hlava pátá

Právo na soudní a jinou právní ochranu

Článek

36

- (1) Každý se může domáhat stanoveným postupem svého práva u nezávislého a nestranného soudu a ve stanovených případech u jiného orgánu.
- (2) Kdo tvrdí, že byl na svých právech zkrácen rozhodnutím orgánu veřejné správy, může se obrátit na soud, aby přezkoumal zákonnost takového rozhodnutí, nestanoví-li zákon jinak. Z pravomoci soudu však nesmí být vyloučeno přezkoumávání rozhodnutí týkajících se základních práv a svobod podle Listiny.
- (3) Každý má právo na náhradu škody způsobené mu nezákonným rozhodnutím soudu, jiného státního orgánu či orgánu veřejné správy nebo nesprávným úředním postupem.
- (4) Podmínky a podrobnosti upravuje zákon.

Článek

37

- (1) Každý má právo odepřít výpověď, jestliže by jí způsobil nebezpečí

trestního stíhání sobě nebo osobě blízké.
(2) Každý má právo na právní pomoc v řízení před soudy, jinými státními orgány či orgány veřejné správy, a to od počátku řízení.
(3) Všichni účastníci jsou si v řízení rovni.
(4) Kdo prohlásí, že neovládá jazyk, jímž se vede jednání, má právo na tlumočnicka.

Článek

38

(1) Nikdo nesmí být odňat svému zákonnému soudci. Příslušnost soudu i soudce stanoví zákon.
(2) Každý má právo, aby jeho věc byla projednána veřejně, bez zbytečných průtahů a v jeho přítomnosti a aby se mohl vyjádřit ke všem prováděným důkazům. Veřejnost může být vyloučena jen v případech stanovených zákonem.

Článek

39

Jen zákon stanoví, které jednání je trestným činem a jaký trest, jakož i jaké jiné újmy na právech nebo majetku, ze za jeho spáchání uložit.

Článek

40

(1) Jen soud rozhoduje o vině a trestu za trestné činy.
(2) Každý, proti němuž je vedeno trestní řízení, je považován za nevinného, pokud pravomocným odsuzujícím rozsudkem soudu nebyla jeho vina vyslovena.
(3) Obviněný má právo, aby mu byl poskytnut čas a možnost k přípravě obhajoby a aby se mohl hájit sám nebo prostřednictvím obhájce. Jestliže si obhájce nezvolí, ačkoliv ho podle zákona mít musí, bude mu ustanoven soudem. Zákon stanoví, v kterých případech má obviněný právo na bezplatnou pomoc obhájce.
(4) Obviněný má právo odepřít výpověď; tohoto práva nesmí být žádným způsobem zbaven.
(5) Nikdo nemůže být trestně stíhán za čin, pro který již byl pravomocně odsouzen nebo zproštěn obžaloby. Tato zásada nevylučuje uplatnění mimořádných opravných prostředků v souladu se zákonem.
(6) Trestnost činu se posuzuje a trest se ukládá podle zákona účinného v době, kdy byl čin spáchán. Pozdějšího zákona se použije, jestliže je to pro pachatele příznivější.

Hlava šestá

Ustanovení společná

Článek

41

(1) Práv uvedených v čl. 26, čl. 27 odst. 4, čl. 28 až 31, čl. 32 odst. 1 a 3, čl. 33 a 35 Listiny je možno se domáhat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí.
(2) Kde se v Listině mluví o zákonu, rozumí se tím zákon Federálního shromáždění, jestliže z ústavního rozdělení zákonodárné pravomoci nevyplývá, že úprava přísluší zákonům národních rad.

Článek

42

(1) Pokud Listina používá pojmu "občan", rozumí se tím státní občan České a Slovenské Federativní Republiky.
(2) Cizinci požívají v České a Slovenské Federativní Republice lidských práv a základních svobod zaručených Listinou, pokud nejsou přiznána výslovně občanům.
(3) Pokud dosavadní předpisy používají pojmu "občan", rozumí se tím každý

člověk, jde-li o základní práva a svobody, které Listina přiznává bez ohledu na státní občanství.

Článek

43

Česká a Slovenská Federativní Republika poskytuje azyl cizincům pronásledovaným za uplatňování politických práv a svobod. Azyl může být odepřen tomu, kdo jednal v rozporu se základními lidskými právy a svobodami.

Článek

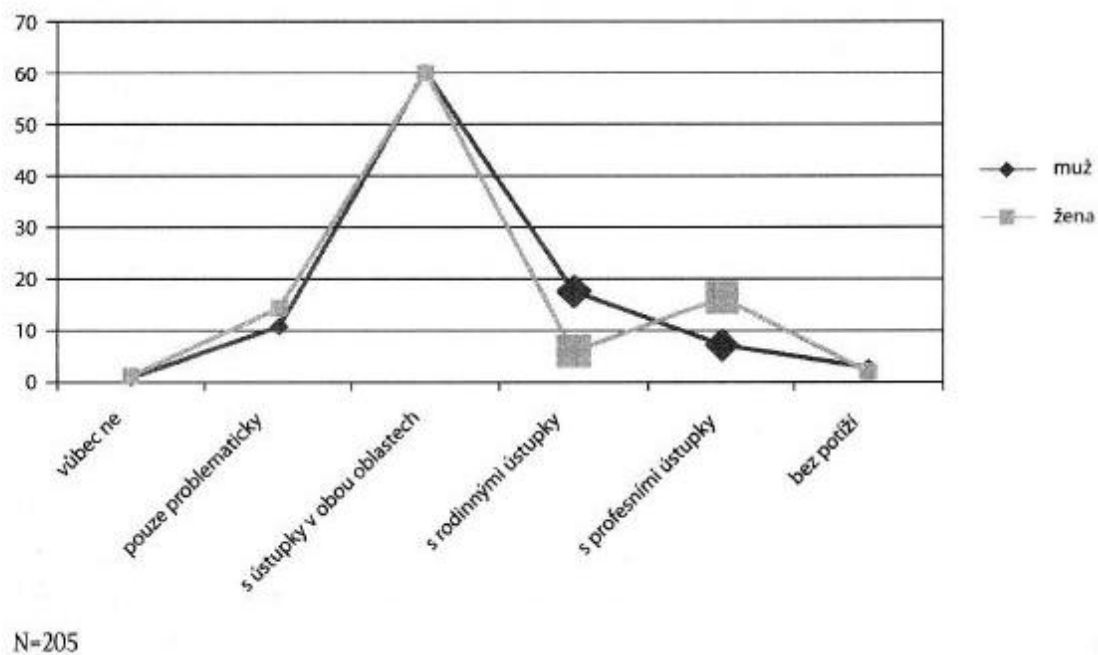
44

Zákon může soudcům a prokurátorům omezit právo na podnikání a jinou hospodářskou činnost a právo uvedené v čl. 20 odst. 2; zaměstnancům státní správy a územní samosprávy ve funkcích, které určí, též právo uvedené v čl. 27 odst. 4; příslušníkům bezpečnostních sborů a příslušníkům ozbrojených sil též práva uvedená v čl. 18, 19 a čl. 27 odst. 1 až 3, pokud souvisí s výkonem služby. Osobám v povoláních, která jsou bezprostředně nezbytná pro ochranu života a zdraví, může zákon omezit právo na stávku.

Pramen: Parlament České republiky Poslanecká sněmovna. Listina základních lidských práv a svobod. Dostupné z www: :
<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>, upraveno: Andrea Mrázová

Příloha č.3

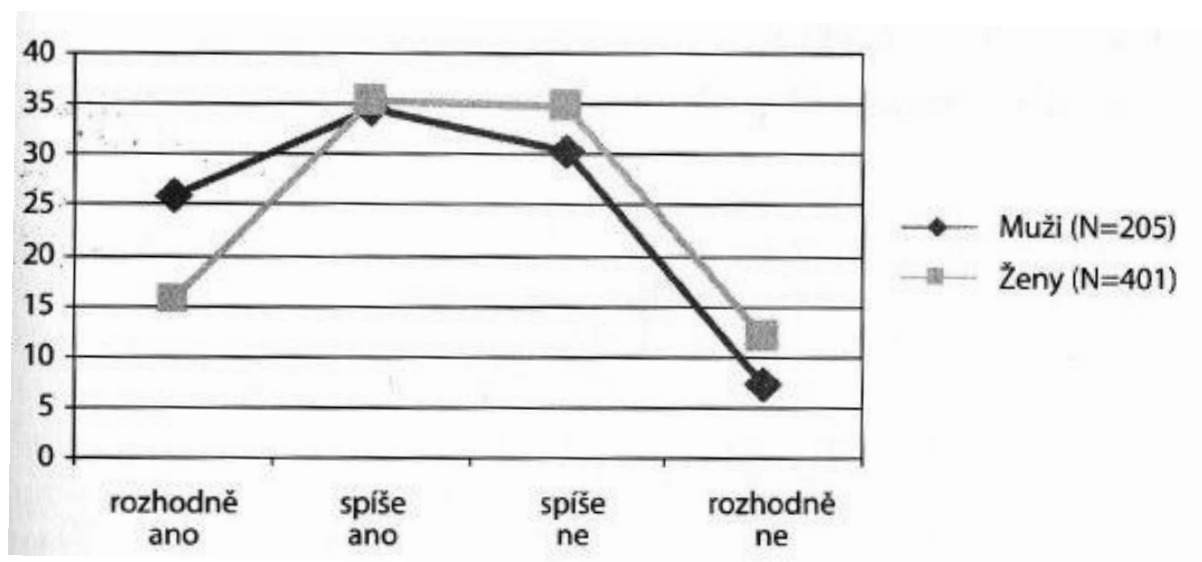
Graf č.1: Je podle Vás možné kombinovat lékařskou profesi s rodinnými povinnostmi?



Pramen: Dostupné z: Křížová, E.: Proměny lékařské profese z pohledu sociologie. Praha; SLON 2006, str. 76, upraveno: Andrea Mrázová

Příloha č.4

Graf č.2: Zasahuje podle Vás lékařská profese negativně do Vašeho soukromého života?



Pramen: Dostupné z: Křížová, E.: Proměny lékařské profese z pohledu sociologie. Praha; SLON 2006, str. 77, upraveno: Andrea Mrázová

Příloha č.5

Návod rozhovoru

Důležitost porodu, ovlivnění

Důležitost porodu pro rodičku.

Názor těhotných žen na porod, těhotenství (fyziologická záležitost?).

Vliv okolí na jejich pohled na plánované rodičovství, těhotenství, porod (partner, rodina).

Příprava na porod (četba literatury, sbírání zkušeností, samostatná příprava) s partnerem?

Porod

Lékařsky vedený porod (co si pod pojmem představují?)

Argumenty pro a proti .

Rizikovost porodu, nemoc nebo přirozený stav?

Důležitost přístrojové techniky v porodnictví?

Přirozený, alternativní porod (definice termínů)

Rozdíly mezi druhy porodů.

Argumenty pro a proti.

Místo porodu

Porodnice – její důležitost při výběru.

Co nejvíce ovlivňuje výběr porodnice (prostředí, personál, prestiž...)

Vnímání změn porodnic vůči rodičkám. Jsou patrné nějaké změny?

Boj porodnic?

Jiná alternativa k porodnicím (porodní dům, porod doma...)

Důvody výběru alternativy, výhody, nevýhody.

Vnímají boj zastánců soupeřících koncepcí?

Koho u porodu?

Koho by chtěli mít rodičky u porodu (z rodiny, personálu...)

Vnímají rozdíl mezi lékařem a porodní asistentkou? V jakém směru?
Výhody, nevýhody?

Koho preferují z rodiny a proč? Přínos?

Někdo jiný z nejbližšího okolí?

Rodičky

Jak vnímají a hodnotí samy sebe? Vidí mezi sebou nějaké rozdíly?

Která varianta porodu je jim bližší? Důvody?

Jsou ochotné cestovat, připlatit si za nadstandardní služby?

Bližší údaje o rodičkách

Věk, vzdělání, počet těhotenství, osobní příjem